

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

182

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 février 1910, à 1 heure

Par E. AMERAND

LE

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

DANS

LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET LE TABÈS

FAUT-IL TRAITER LES MALADES ?

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : } MM. RAYMOND, professeur.
JEANSELME et CLAUDE, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1910

182

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

188



THESE
LE DOCTEURAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 février 1910, à 1 heure

Par **E. AMERAND**

LE

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

DANS

LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET LE TABÈS

FAUT-IL TRAITER LES MALADES ?

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : } MM. RAYMOND, professeur.
JEANSELME et CLAUDE, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1910



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHT.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	X...
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	GILBERT BALLET.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SCEUR

A MES TANTES, A MES ONCLES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. MALHERBE

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. FORTINEAU

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

L'importance croissante prise par la syphilis, dans l'étiologie du tabes et de la paralysie générale, n'a pas été sans influencer sur la thérapeutique de ces maladies. On a vu dans le tabes et la paralysie générale, des affections d'origine et de nature syphilitiques, et le traitement mercuriel, parut la planche de salut, jetée à ces malades. A la thérapeutique ancienne, on substitue le traitement spécifique, sous ses formes les plus diverses. Les résultats accusés par les auteurs sont variables : les uns, avec Jullien, Erb, Gaucher, Spillmann, Grasset, Babinski, comptent quelques succès et affirment l'efficacité du traitement antisyphilitique ; les autres, avec Charcot, Benedikt, Fournier, Raymond, Hallopeau, refusent au mercure toute action sur le tabes et la paralysie générale.

Peut-on réellement guérir un tabétique ou un paralytique général, par un traitement antisyphilitique approprié ? Peut-on sans danger, donner du mercure à

ces malades ? Tel est le problème qui se pose, et que nous voudrions tenter de résoudre.

Après un historique rapide, nous essayerons de montrer quels rapports intimes unissent la syphilis, à la paralysie générale et au tabes. Ces rapports intimes, devant le peu de succès des traitements employés jusqu'alors, firent naître l'espoir de guérir ces affections par le traitement spécifique ; mais ce fut en vain, car ces maladies sont des affections de nature spéciale, des affections parasyphilitiques, et de ce fait inaccessibles au mercure. Sous l'influence des idées de Leredde, un nouvel effort est tenté, mais avec le même résultat négatif. En effet, les observations que nous avons pu recueillir, démontrent l'inanité des espérances que ce traitement avait fait concevoir, traitement qui dans quelques cas, a pu nous paraître nuisible. Nous exposerons ensuite l'opinion des différents auteurs, sur ce sujet de la plus haute importance.

Avant d'aborder notre étude, nous considérons comme un devoir, de rendre un témoignage public de reconnaissance, à tous ceux qui nous ont aidé dans nos labeurs.

Que nos maîtres, à l'École de Médecine et dans les Hôpitaux de Nantes, veuillent bien recevoir ici nos remerciements, pour les conseils éclairés et bienveillants qu'ils nous ont toujours prodigués.

Notre reconnaissance va particulièrement à MM. les D^{rs} H. MALHERBE et L. FORTINEAU, qui ont bien voulu nous indiquer le sujet de notre thèse, mettre leurs observations à notre disposition, et n'ont ménagé, ni leur

temps, ni leur peine, pour faciliter notre tâche. Ils ont droit à nos vifs remerciements et à toute notre sympathie.

M. le professeur DEBOVE, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un honneur auquel nous sommes particulièrement sensible ; qu'il reçoive ici un hommage public de notre sincère gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Quelques notions sur l'étiologie de la Paralyse générale et du Tabès

« La paralyse générale est une infection d'origine toxi-infectieuse, ordinairement post-syphilitique, caractérisée, anatomiquement par une méningo-encéphalite diffuse, avec lésions accessoires diffuses de tout le système nerveux, et cliniquement par des symptômes progressifs de démence et de paralyse (démence paralytique), auxquels viennent fréquemment s'associer des symptômes accessoires divers, somatiques et psychiques. » (Régis.)

C'est en 1822, que Bayle décrit la paralyse générale, en tant que maladie distincte, ayant ses lésions, ses symptômes et son évolution propres. Dans sa thèse inaugurale, il montre en effet que cette maladie est une entité morbide parfaitement autonome. Parchappe, Lasègue et J. Falret, appuient de leur autorité la manière de voir de Bayle, manière de voir qui depuis cette époque, n'a plus été contestée.

La légitimité de la maladie, est donc ainsi fixée au point de vue nosographique, par l'observation clinique.

Différents auteurs, reprennent l'étude des lésions anatomiques indiquées par Bayle, et s'efforcent d'en préciser la nature, le siège et l'évolution, (Rokitansky, Westphall, Mendel, Joffroy, Raymond, Anglade, Ballet, etc.).

En 1858, Duchenne de Boulogne donne une description clinique approfondie de la sclérose des cordons postérieurs, et appelle l'attention, sur le phénomène si particulier de la perte du sens musculaire. Le tabes, affection nerveuse, caractérisée, cliniquement par de l'incoordination et des troubles sensitifs, anatomiquement par une sclérose des cordons postérieurs de la moelle, fait ainsi son entrée dans la littérature médicale.

D'autre part, les travaux de Topinard, Jaccoud, Friedreich, Leyden, Benedickt, Vulpian, Charcot, augmentent et fixent nos connaissances au sujet du tabes. Westphall, en indiquant la manière dont se comporte le réflexe rotulien dans cette maladie, diminue étrangement la difficulté du diagnostic, dans les cas frustes de tabes.

L'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique de ces affections, suscitent les recherches des contemporains et provoquent une série de travaux originaux. Mais, au point de vue étiologique et pathogénique, le fait capital, est la doctrine de l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale. Cette origine, déjà entrevue pour la paralysie générale par Essmarch et Jessen, en 1857, n'a été définitivement établie, que par les travaux contemporains, par ceux de Fournier en particulier.

Actuellement, à la suite de ce professeur, la plupart

des neuropathologistes admettent l'origine syphilitique de la paralysie générale et du tabes. Néanmoins, il est raisonnable d'admettre, à côté de la grande cause de ces affections nerveuses, la syphilis, d'autres causes qui peuvent déterminer l'une ou l'autre de ces maladies. Un certain nombre d'observations ont été rassemblées, dans lesquelles, le tabes paraît s'être développé sous l'influence du traumatisme ; celle-ci serait particulièrement manifeste, lorsqu'elle s'exerce directement sur le rachis. Les auteurs anciens, ont soutenu l'influence de l'insolation dans la paralysie générale. Certains cas plaidraient en faveur des traumatismes craniens (Wallon). A. Lui, a rapporté l'observation d'un malade, chez lequel la paralysie générale éclata immédiatement après un traumatisme crânien, sans qu'il fut possible d'invoquer une autre cause.

Certaines maladies infectieuses ont été incriminées, telles la grippe, la fièvre typhoïde, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose, la diphtérie, la variole grave.

A côté de ces causes déterminantes, il est bon de ranger un grand nombre de causes adjuvantes, qui peuvent jouer un rôle plus ou moins considérable dans la genèse de ces affections. C'est dans cet ordre d'idées, que rentrent les causes invoquées autrefois, surtout le froid, l'humidité, les excès de fatigue cérébrale ou corporelle, les excès génitaux, l'hérédité neuro-arthritique, l'alcoolisme. Cependant, si ces causes ne peuvent à elles seules déterminer le tabes ou la paralysie générale, elles peuvent favoriser l'éclosion ou la localisation de certains

accidents. Ainsi le surmenage intellectuel, aidera la syphilis à produire une paralysie générale, tandis que les fatigues d'une campagne amèneront au contraire un tabes. Nageotte, dans sa thèse, cite un exemple très instructif à cet égard : « Deux frères, issus d'une famille névropathique, sont syphilitiques tous les deux ; l'un, gros négociant, travaille de tête et devient paralytique général à l'âge de 46 ans ; l'autre, officier, fatigue sa moelle de toutes façons et devient tabétique à 41 ans. »

Toutefois, si l'on ne peut accorder à la syphilis d'être le seul facteur étiologique du tabes et de la paralysie générale, il faut reconnaître qu'elle est presque toujours à l'origine de ces deux maladies. Dès 1857, Essmarch et Jessen, soutiennent que la paralysie générale est toujours et invariablement causée par la syphilis. En Angleterre, Mac Dowal admet que la paralysie générale, a pour origine la vérole dans 80 % des cas. Les recherches de Jacobson, l'amènent à penser que la syphilis est l'agent le plus commun et le plus puissant, dans la genèse de cette maladie. Bannister, sur 234 cas de paralysie générale considérés au point de vue étiologique, conclut que la paralysie générale est bien plus souvent acquise qu'héréditaire, et qu'on peut admettre la syphilis comme cause prépondérante. Savage, est convaincu que dans un grand nombre de cas, il y a non seulement coïncidence, mais une véritable influence originelle de la syphilis soit héréditaire, soit acquise.

Le relevé des statistiques contemporaines, montre le degré de fréquence des antécédents syphilitiques, chez les paralytiques généraux et les tabétiques. En 1893,

Fournier avait collectionné 27 statistiques concernant la paralysie générale, et dans toutes, le nombre des paralytiques généraux, ayant des antécédents spécifiques varie de 50 à 90 et 92 %. C'est ainsi, que sur 100 paralytiques généraux, les auteurs suivants comptent :

Ziehen . . .	43	syphilitiques
Binzwanger.	49	
Folsom . . .	$\frac{2}{3}$	
Bonnet . . .	$\left\{ \begin{array}{l} 66,6 \\ 80 \end{array} \right.$	en comptant les syphilis probables.
Mendel . . .	74,6	
Mac Dowal.	80	
Inspersen . .	82	
Régis. . . .	$\left\{ \begin{array}{l} 70 \text{ à } 76 \\ 87,30 \end{array} \right.$	en comptant les syphilis probables.

Chez les tabétiques, on rencontre les antécédents spécifiques, dans une proportion à peu près équivalente. D'après les auteurs suivants, sur 100 tabétiques, on trouve :

Quinquaud	100	syphilitiques
Fournier	91	
Raymond	90	
Althaus	90	
Erb.	89,2	
Strümpell	61 à 90	
Minor.	87	
Rumpf	80 à 85.	

Par contre, d'autres auteurs, Magnan, Christian, Wesphall, Meyer, ne trouvent qu'un petit nombre de syphilitiques, parmi les paralytiques généraux et les tabétiques. Ces divergences sont facilement explicables. Un certain nombre de syphilis se dérobent souvent au médecin : les syphilis intentionnellement dissimulées ; les syphilis oubliées, effacées du souvenir des malades ; les syphilis ignorées, dont le nombre est considérable ; les syphilis accidentelles, d'origine non vénérienne ; chez la femme, la syphilis conceptionnelle (Fournier). Souvent l'hérédo-syphilis doit être mise en cause, et il n'est pas toujours facile de la dépister. Elle existe cependant dans les cas de tabes et de paralysie juvéniles. Erb rapporte à ce sujet, trois cas de frères et sœurs, à la fois tabétiques et syphilitiques héréditaires. Alzheimer a noté l'hérédo-syphilis, dans 70 % des cas de paralysie infantile et juvénile ; mais il est surtout frappant, que contrairement à ce qui se passe à l'âge adulte, le nombre des filles atteintes de paralysie, égale celui des garçons. Il n'y a, en effet, aucune raison pour que la syphilis héréditaire, se rencontre plus souvent chez les premières que chez les seconds.

On s'est demandé si certaines variétés de syphilis, ne produiraient pas plus souvent le tabes ou la paralysie générale que d'autres variétés. En faveur de cette façon de voir, Pierre Marie a rapporté, d'après Bernard, l'observation de deux amis, ayant contracté la syphilis, à la même source, dans la même nuit, en 1869, et qui sont devenus tabétiques, l'un en 1890, l'autre en 1891.

Bélières, a vu une femme transmettre la vérole à quatre étudiants, qui sont tous morts de paralysie générale.

Dans le même ordre d'idées, on peut citer les faits rapportés par Goldflam, d'abord, par de nombreux auteurs ensuite, et dans lesquels, on voit un mari syphilitique infecter sa femme et plus tard le tabes survenir chez les deux époux. Goldsmith a observé un ménage, où le mari avait apporté la syphilis à sa femme, sa belle-sœur la prit aussi. Le mari fut atteint de paralysie générale six ans, la femme huit ans, la belle-sœur sept ans après l'infection, cette dernière à l'âge de 23 ans. Les cas de tabes conjugaux se sont multipliés, ces derniers temps, parce qu'on les a mieux recherchés. Dans un mémoire récent, Rœcke en a réuni 22 cas ; dans 20 autres cas, le tabes existait chez l'un des conjoints, la paralysie générale chez l'autre. Babinski a vu, chez des conjoints, la contamination de l'un à l'autre, se faire jusqu'à onze et treize ans après l'accident initial, et être suivie de tabes.

Il faut avouer que ces faits sont bien propres à entraîner la conviction, mais en voici d'autres encore plus probants. Les professions qui fournissent le plus de tabétiques et de paralytiques généraux, sont aussi celles où on est le plus exposé à contracter la syphilis. La fréquence de cette maladie chez les officiers serait telle, qu'elle fournit, d'après Sommer, la moitié, et d'après Colin, les trois quarts des formes d'aliénation mentale. Les voyageurs de commerce, les marins, les médecins, les cuisiniers, les chauffeurs, les filles publiques fournissent à ces maladies un contingent élevé, d'après

Dupré. Par contre, on a remarqué que les ecclésiastiques sont très rarement atteints de paralysie générale. Le Dr Bouchaud, a constaté à l'asile de Lommelet, en vingt ans, que sur 1.528 aliénés laïques, il y a eu 391 paralytiques généraux, et sur 143 aliénés religieux, 3 paralytiques seulement. Dans d'autres asiles, qui reçoivent des religieux, on a fait de semblables constatations.

D'autre part, on a pu trouver des sujets, atteints de l'une ou l'autre de ces affections, porteurs de lésions de syphilis floride. Fournier dans son livre : *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, en cite un certain nombre d'exemples. Depuis, la littérature médicale s'est enrichie d'un certain nombre d'observations de ce genre. Récemment, R. Mignot et G. Bouchaud de Paris, en rapportent un cas : il s'agit d'un malade, qui au début de la paralysie générale, présentait une gomme circonscrite à la lèvre inférieure. En voici une observation, inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Henri Malherbe.

*Tabes confirmé et lésions de syphilis
tertiaire en évolution*

Dans le courant de 1903, nous voyons venir à notre clinique privée, un ouvrier d'une soixantaine d'années ; il est grand et fort, mais manifestement ataxique. Il marche en jetant les pieds et en talonnant fortement, il ne peut se tenir debout, ni avancer, sans s'appuyer sur le bras d'autrui ou sur une canne. Enfin, il présente tous les autres signes caractéristiques de son état. Son tabes a débuté il y a deux ans, c'est-à-dire en 1901. Dif-

férents médecins consultés, n'ont obtenu qu'un résultat nul. Aussi ne vient-il pas consulter pour son ataxie; mais pour des éruptions cutanées qu'il porte à la jambe droite et qui l'ennuient.

Déshabillé, cet homme nous montre une vaste syphilide gommeuse, en nappe, qui s'étend, du tiers moyen de la cuisse, au genou. Cette lésion existe depuis quatre mois; elle a débuté par des « grosseurs » (gommès) qui sont venues sans douleur et progressivement, puis qui se sont ouvertes. La syphilis daterait de 40 ans; elle fut bénigne et peu soignée. Le traitement mixte fit rapidement justice de ces accidents cutanés. Le malade continue à venir nous voir pendant un an. Nous n'eûmes aucune prise sur son tabes, à l'aide des cures les plus intensives qu'on pût faire. Au bout de l'année, le malade restait confiné au lit, impuissant à se mouvoir et dans un état de marasme et de faiblesse extrême.

S'il est possible de rencontrer des paralytiques généraux et des tabétiques porteurs de lésions de syphilis en activité, on a rarement vu ces malades contracter la vérole. Dupré dans le *Traité de pathologie mentale*, de G. Ballet, rapporte le fait suivant: « Krafft-Ebing, au congrès de Moscou (1897), a annoncé que 8 sujets, paralytiques généraux, chez lesquels aucun antécédent de syphilis n'avait pu être relevé, avaient reçu chacun une vingtaine d'inoculations de syphilis virulente sous la peau; les produits infectants furent prélevés sur deux syphilitiques, porteurs d'un chancre et de syphilides en activité. Les sujets inoculés, observés pendant six mois consécutifs, ne présentèrent aucun accident. Or on sait combien le résultat de nombreuses expériences, volon-

taires et involontaires, s'est montré positif. » Ces inoculations pratiquées à Vienne, par un anonyme, possèdent donc, au point de vue syphilisation préalable, une haute valeur.

Il est aussi des observations intéressantes, dans lesquelles, on voit le tabes ou la paralysie générale se développer aux âges extrêmes de la vie, après contamination syphilitique. Erb, cite le cas d'un jeune homme de 22 ans, qui présentait des symptômes de tabes ; il avait eu la syphilis à 19 ans et demi. Un malade, qui avait contracté la vérole à 57 ans, devient tabétique à 67 ans ; un autre, syphilitique à 55 ans, commence son tabes à 59 ans. Strümpell, donne l'observation de deux tabétiques de 24 à 26 ans ; ils avaient eu un chancre induré à 17 et 20 ans. Le même auteur, a vu la paralysie unie au tabes, chez une jeune fille de 13 ans, dont le père était syphilitique.

La bactériologie elle-même, (A. Marie et Viollet, congrès des médecins aliénistes et neurologistes, août 1907) fournit un argument nouveau, à l'idée de l'origine syphilitique de la paralysie générale et du tabes, par la présence des anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades. D'une part, ces auteurs, ont étudié leurs paralytiques, au point de vue de l'École écossaise et américaine, à l'aide du triple contrôle, des cultures de sang et de liquide céphalo-rachidien, ainsi que des séro-agglutinations de l'un et de l'autre, et des opsonisations.

Ils ont ainsi obtenu une première série de résultats négatifs, en ce qui concerne l'hypothèse d'une infection

microbienne spécifique par « le bacillus paralyticans » de Robertson et Langdon.

D'autre part, ils ont avec les mêmes malades et un nombre considérable d'autres, poursuivi la recherche des réactions hémolytiques, sur le liquide céphalo-rachidien et le sang, et ont sur ces points, le premier surtout, obtenu des résultats positifs, confirmés par les recherches parallèles de l'école allemande.

On sait que la réaction de Bordet et Gengou, permet de déceler dans les humeurs de l'organisme, soit les antigènes, c'est-à-dire les éléments microbiens, soit les anticorps, c'est-à-dire les produits de défense sécrétés par l'organisme vis-à-vis de ces éléments microbiens et qui constituent l'immunité active. Cette réaction est purement spécifique, c'est-à-dire, d'une part, que l'anticorps sécrété, n'a d'action que vis-à-vis du microbe qui a été cause de sa sécrétion ; d'autre part, que la réaction de Bordet et Gengou ne réussit pour un anticorps donné, qu'en présence de l'antigène causal et réciproquement. Appliquée par Wassermann, Neisser, Brück, etc., pour la recherche des antigènes et des anticorps syphilitiques, elle a été plus spécialement appliquée à l'étude du liquide céphalo-rachidien, par Wassermann et Plaut, Marie et Levatidi, et Charrier dans sa thèse inaugurale, faite dans le service du Dr Marie à Villejuif.

Outre les résultats importants donnés par cette méthode, à d'autres points de vue (physiologique, diagnostique et pronostique) elle permet de donner une nouvelle preuve de l'origine syphilitique de la paralysie générale et du tabes.

En effet, en conduisant cette recherche avec l'antigène syphilitique (organes de nouveau-né contenant le *treponema pallidum* constaté au microscope), on ne découvre, que l'anticorps produit par la présence de ce *treponema* dans l'organisme, c'est-à-dire, l'anticorps syphilitique spécifique.

« En recherchant, disent A. Marie et Viollet, cet anticorps syphilitique dans le liquide céphalo-rachidien de 38 paralytiques généraux, nous l'avons trouvé dans 58,8 % des cas. »

« Sur nos 38 malades, nous avons trouvé des documents concernant la syphilis ancienne, dans 16 cas, sur lesquels, la date exacte de l'infection syphilitique nous a été donnée 12 fois. Chez 12 de nos malades, la syphilis était ignorée. Enfin, 9 de nos malades, (ou leurs parents) niaient énergiquement la syphilis, et 1 était assurément hérédo-syphilitique. »

« Or, en recherchant les anticorps syphilitiques, nous avons obtenu les résultats suivants : -

1 hérédo-syphilis	réaction positive.
9 syphilis niées	{ 4 réactions positives. 5 — négatives.
12 syphilis ignorées.	{ 10 réactions positives. 2 — négatives.
4 syphilis avouées, sans date. {	3 réactions positives. 1 — négative.
12 syphilis datées	{ 10 réactions positives. 2 — négatives.

« On le voit, par ce tableau, les données produites par l'anamnèse, ne peuvent être considérées comme

rigoureuses, au point de vue étiologique. La syphilis existe certainement dans tous ces cas, mais elle n'est décelable, que lorsque s'adjoint un facteur organique : l'intensité de la réaction nerveuse, vis-à-vis de l'infection. C'est, ainsi que nous l'avons dit auparavant, aux périodes terminales de la paralysie générale ou dans ses formes rapides, que l'on trouve des anticorps. Cela est encore prouvé, par la découverte des anticorps, chez deux paralytiques généraux en état d'aggravation, alors, qu'ils n'en avaient pas présenté, lors d'une première série d'expériences...

« Les recherches poursuivies, ont porté sur 67 malades ; 38 étaient des paralytiques généraux (10 à la première période, 9 à la seconde, et 19 à la troisième) ; 9 autres étaient des tabétiques ou tabo-paralytiques. Enfin, 17 cas témoins étaient des paralytiques, dont 2 seulement syphilitiques, auxquels il faut ajouter deux encéphalopathies spécifiques localisées ; total : 19.

« Les 47 premiers, ont présenté à l'examen hémolytique du liquide céphalo-rachidien, une réaction syphilo-positive dans 60 % des cas, en moyenne générale, et dans 95 %, si l'on ne prend que les formes de paralysies avancées et confirmées. Aucun des témoins, en revanche, n'a donné la réaction, même parmi les quatre syphilitiques, qui n'étaient pas atteints de lésions méningées. »

« L'apparition des anticorps, dans le liquide cérébro-spinal, est donc conditionnée, par l'existence d'une syphilis ancienne, et par la localisation cortico-méningée, d'un processus inflammatoire intense et prolongé. »

Les résultats de la réaction de Wassermann, qui se montre presque constamment positive, confirment une fois de plus, la nature foncièrement syphilitique du terrain, sur lequel évoluent la paralysie générale et le tabes. La syphilis, d'ailleurs, répond à tout et explique tout, dans ces affections : leur plus grande fréquence dans le sexe masculin ; leur apparition ordinaire à l'âge moyen de la vie ; leur existence possible dans l'adolescence, ainsi que chez le mari et chez la femme ; leur prédominance chez l'homme, dans les classes élevées de la société ; leur rareté chez les religieux et les religieuses ; la fréquence significative, chez elles, du signe d'Argyll, de la lymphocytose, de la réaction de Wassermann ; tout dans l'histoire étiologique, de la paralysie générale et du tabes, plaide en faveur du rôle prépondérant de la syphilis dans leur étiologie.

CHAPITRE II

Nature et Pathogénie de la Paralysie générale et du Tabes.

Les rapports étroits, qui unissent à la syphilis le tabes et la paralysie générale, étant établis comme l'indiquent les faits que nous venons d'exposer, ne furent pas sans faire naître l'espoir, de guérir par le traitement spécifique, ces désolantes affections, qui jusque-là résistaient à tous les agents thérapeutiques.

Parmi ceux qui sont généralement employés depuis un bon nombre d'années, se trouvent le nitrate d'argent, le chlorure d'or, le seigle ergoté, ce dernier particulièrement recommandé par Charcot, pour combattre les troubles génito-urinaires. La strychnine et les préparations strychniques, ont joui également d'une certaine vogue, peu méritée semble-t-il, peut-être même celles-ci sont-elles nuisibles. Ainsi, à part l'hygiène, la diététique, le régime, qui sont à la base du traitement des tabétiques et des paralytiques généraux, en était-on réduit à une thérapeutique purement symptomatique.

Dans ces derniers temps, depuis qu'avec Fournier, on a reconnu l'influence prépondérante de la syphilis, dans

l'étiologie du tabes et de la paralysie générale, tous les efforts ont convergé vers l'emploi des traitements anti-syphilitiques. Les résultats de la cure mercurielle ont été parfois nuls ou mauvais.

Pourquoi ? On s'est mépris sur la nature de ces deux affections. Beaucoup d'observateurs, en effet, voient dans la paralysie générale et le tabes, une conséquence, un effet direct de la syphilis ; pour eux, la paralysie générale, le tabes chez les syphilitiques, seraient l'analogue, l'équivalent de ce qu'est tout symptôme spécifique, de ce qu'est, par exemple, une plaque muqueuse ou une gomme.

« Il m'est impossible, quant à moi, dit M. le professeur Fournier, de souscrire à cette opinion. Certes, j'ai la conviction intime, que la paralysie générale procède de la syphilis pour un très grand nombre de cas, et qu'un très grand nombre de paralytiques généraux ne seraient jamais devenus tels, s'ils n'avaient pas contracté la vérole. Mais, je ne saurais jamais aller jusqu'à dire, qu'une paralysie générale issue de la syphilis, est une paralysie générale syphilitique. Je ne puis consentir à considérer cette paralysie générale, comme une manifestation équivalente à une plaque muqueuse, à une syphilide, à une gomme. Je ne sais quel instinct médical se révolte en moi contre une telle assimilation. Je veux bien et je veux même, de toutes mes forces, que cette paralysie générale aie son origine, sa cause première dans la syphilis, mais il me déplait, je le répète, de la qualifier de syphilitique... »

« Il est, dans le domaine de la syphilis, ajoute Four-

nier, un certain nombre d'accidents, qui bien qu'incontestablement spécifiques d'origine, ne sont pas spécifiques de fond, et qu'aujourd'hui on commence à grouper sous le nom d'accidents parasymphilitiques... L'expérience a montré, que la syphilis n'est pas seulement capable de l'ordre de manifestations, déjà cependant, si étendu et si complexe, qu'on lui rattache d'un accord commun, sous le nom de manifestations spécifiques... Très sûrement elle fait plus que cela... Indépendamment de ces manifestations, spécifiques d'origine et de nature, elle est encore responsable de nombre d'autres accidents (tabes et paralysie générale, leucoplasie linguale, syphilis pigmentaire du cou), accidents qui pour n'avoir plus rien de syphilitique comme nature, n'en restent pas moins syphilitiques d'origine, en ce sens, qu'ils sont issus de la syphilis, qu'ils se sont produits de son fait, qu'ils ne se seraient pas produits sans elle, selon toute vraisemblance.

« Deux caractères principaux, établissent surtout une ligne de démarcation bien tranchée entre ces derniers accidents et les manifestations véritablement syphilitiques. Ainsi :

« 1° D'une part, les affections parasymphilitiques ne relèvent pas exclusivement et nécessairement de la syphilis comme cause, tandis que les accidents syphilitiques proprement dits, reconnaissent toujours, fatalement, la syphilis comme facteur original. Pas de plaque muqueuse, par exemple, pas de gomme, sans syphilis acquise ou héréditaire. Tout au contraire, le tabes, la neurasthénie, l'hystérie, le rachitisme, l'hydrocéphalie, les

malformations natives, les arrêts de développement, etc., que la syphilis s'approprie si fréquemment au titre de manifestations parasyphilitiques, peuvent également se produire indépendamment de tout antécédent de syphilis, de toute tare syphilitique.

« 2° D'autre part, les affections parasyphilitiques, ne sont pas influencées par le mercure et l'iodure, comme le sont les affections syphilitiques vraies ; c'est-à-dire que le mercure et l'iodure, n'exercent pas sur elles, comme sur les autres déterminations usuelles de la syphilis, cette action si répressive, si manifeste, si rapide, si intense, qu'on a pu la donner comme criterium de spécificité syphilitique. »

A tous égards, la paralysie générale et le tabes se rapprochent beaucoup de ces affections parasyphilitiques et rentrent dans leur groupe. Comme celles-ci, ces deux maladies n'ont pas besoin expressément de la syphilis pour se produire ; elles se produisent en dehors d'elles, sous l'influence d'autres incitations étiologiques. Comme celles-ci, d'autre part, elles se montrent, ainsi que nous le verrons plus tard, rebelles au traitement spécifique, alors qu'elles dérivent bien manifestement d'une cause spécifique. Par ces deux titres, non moins que par leur connexion fréquente, le tabes et la paralysie générale font bien partie de la même famille d'accidents, et doivent être rangés dans le groupe des affections parasyphilitiques.

Mais, si le tabes et la paralysie générale procèdent de la syphilis, ces affections en procèdent autrement que le chancre, la plaque muqueuse ou la gomme. Pour les uns

« la syphilis, ne produirait la paralysie générale ou le tabes, que sur un terrain préparé par des causes diverses » ; pour d'autres, au contraire, la syphilis « préparerait le terrain, se bornant à faire le jeu d'autres causes qui seraient efficaces de la catastrophe » ; pour d'autres encore, ces affections seraient « le résultat d'une cachexie infectieuse, laquelle réagirait sur l'encéphale, soit par l'intermédiaire des troubles vaso-moteurs familiers à la syphilis, soit par affaiblissement, épuisement, déchéance fonctionnelle du cerveau, devenu moins capable de résister aux influences morbifiques ». Strümpell, Westphall, Mœbius, Raymond, supposent que les lésions spécifiques de la syphilis, relèvent directement de l'agent causal, et que les lésions des accidents parasymphilitiques relèvent indirectement, de l'action lente et prolongée des toxines de cet agent pathogène. Or, il est extrêmement probable que le micro-organisme producteur de la syphilis, est le « spirochète pallida » de Schaudinn. Metchnikoff et Roux (selon une notice résumée, publiée par Besnier) disent à ce sujet :

« La constatation, presque constante, de ce germe dans les lésions primaires et secondaires de la syphilis humaine ou expérimentale (sur 31 singes syphilitiques, Metchnikoff et Roux ont trouvé 21 fois le spirochète pallida, à l'exclusion de tout autre spirille), la découverte de ce germe en des pays très éloignés, dans les cas de syphilis ; sa présence dans les lésions viscérales de la syphilis héréditaire et dans le sang des syphilitiques, suffisent pour établir sa spécificité, même en l'absence de cultures artificielles. »

A son tour, Ravaut, parlant principalement de l'examen du liquide céphalo-rachidien, écrit: « A la période secondaire, la syphilis se comporte comme une véritable septicémie; le système nerveux est atteint comme la peau, comme le sont probablement d'autres organes... »

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien chez les tabétiques et les paralytiques généraux accuse, en effet, une lymphocytose marquée. Dans ces cas, le lymphocyte n'est pas plus un élément spécifique de la méningo-encéphalite et du tabes, qu'il ne l'est de la tuberculose méningée; mais il est le témoin de réactions, qui ne nécessitent pas l'intervention d'agents plus puissants, tels que les polynucléaires.

Cette lymphocytose, est donc loin d'être pathognomonique. Cependant, il est indéniable, qu'au point de vue de la composition du liquide céphalo-rachidien, la paralysie générale et le tabes se rapprochent de maladies toxi-infectieuses déterminées, spécialement de la méningite tuberculeuse et de la syphilis nerveuse. Comme l'infection syphilitique joue un rôle prédominant, dans l'étiologie du tabes et de la paralysie générale, l'hypothèse, que dans ces dernières affections, comme dans la syphilis nerveuse, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien est produite par le même micro-organisme, est donc acceptable.

Si, par ailleurs, nous considérons les paralysies qui surviennent à la suite de l'infection diphtérique, nous les voyons se produire à échéance éloignée, suivre leur cours normal, malgré les injections de sérum anti-

toxique. A quoi donc est due cette paralysie d'origine diphtérique ? « E. Rist a pensé que ces paralysies étaient dues, non à la toxine soluble, mais à une endotoxine adhérente aux corps des bacilles, lentement diffusible et dont l'antitoxine n'influence pas l'action. Il a démontré expérimentalement, l'existence de cette endotoxine, et a pu provoquer chez l'animal, au moyen des corps des bacilles diphtériques, débarrassés de leur toxine soluble, des paralysies, ayant avec les paralysies observées en clinique, ces caractères communs, d'être tardives, incomplètes, et de se développer malgré l'emploi du sérum antitoxique à haute dose. »

Rien ne nous permet d'affirmer l'origine toxique de la paralysie générale et du tabes. Les procédés actuellement employés en bactériologie, ne nous ont pas permis d'isoler l'agent pathogène de la syphilis, de le cultiver, de recueillir ses produits toxiques. L'expérimentation, d'ailleurs, se trouve réduite par la pénurie de sujets.

Cependant, comme nous l'avons dit plus haut, on a découvert la présence d'anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien de paralytiques généraux et de tabétiques. La lymphocytose marquée de ce liquide, chez ces malades, accuse la nature toxi-infectieuse du processus morbide. Devant de pareils faits, par analogie avec les accidents nerveux qui surviennent à la suite d'autres infections, on est tenté de croire à l'existence *d'une toxine syphilitique spéciale, se localisant avec prédilection sur le système nerveux, déterminant ainsi les lésions anatomo-pathologiques de la démence*

paralytique et du tabes. Sans doute, notre assertion n'est que raisonnement et hypothèse; elle montre néanmoins, la tendance de plus en plus générale et de plus en plus grandissante, qui consiste à voir dans le tabes et la paralysie générale, affections parasymphilitiques, des maladies d'ordre toxique, avec action élective du poison sur le système cérébro-spinal.

CHAPITRE III

Le traitement intentif de la Paralyse générale et du Tabet Ses résultats

Il nous est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de donner une explication pathogénique complète, sur l'essence du processus morbide, de la paralysie générale et du tabes. Les explications que l'on peut donner, présentent plus ou moins de vraisemblance, mais sans reposer sur un solide terrain scientifique. On ne peut contester, d'ailleurs, qu'entre la paralysie générale, le tabes et certaines formes de la syphilis nerveuse diffuse, il existe des analogies suffisantes, pour que dans chacune de ces affections, on puisse ne pas contrecarrer, sinon conseiller une tentative thérapeutique analogue.

Mais, la plupart des syphiligraphes et des psychiatres affirment que ces deux affections ne cèdent, ni à l'action du mercure, ni à celle de l'iodure de potassium, et pour ce motif, insistent en disant que la paralysie générale et le tabes ne sont jamais de nature syphilitique, quoique étant dans, la plupart des cas, d'origine syphilitique.

La question en est à ce point quand, en 1902, M. Leredde élève la voix au sein de la Société de Dermatologie de Paris et de diverses autres assemblées, pour proclamer la curabilité de la paralysie générale et du tabes, et de toutes les affections parasymphilitiques dont il fait table rase. Pour lui, la raison de la faillite et des insuccès du traitement spécifique, tient à ce que les médecins n'administrent pas le mercure à doses suffisantes. Voici d'ailleurs les conclusions de l'ouvrage du D^r Leredde :

« Les affections qu'on désigne, en 1902, sous le nom de tabes et de paralysie générale, sont chez les syphilitiques, des affections de nature syphilitique, curables par le traitement mercuriel.

« Cette vérité a été méconnue :

« 1^o Parce que le traitement mercuriel n'a pas été fait dans ces maladies, d'une façon régulière et au moyen de doses de mercure suffisantes ;

« 2^o Parce que, comme toutes les autres lésions du système nerveux, les lésions syphilitiques du tabes et de la paralysie générale, entraînent des lésions secondaires, et que des lésions d'abord curables, deviennent ensuite des symptômes définitifs. Plus le processus est ancien, plus on observera, toutes choses égales d'ailleurs, de symptômes de cet ordre ;

« 3^o Parce que les histologistes qui peuvent parfois, par l'examen microscopique, affirmer la nature syphilitique d'une lésion, ont cru pouvoir affirmer, au nom de l'anatomie pathologique, que certaines lésions n'étaient pas syphilitiques, alors que leur nature était inconnue.

« Le tabes et la paralysie générale (chez les syphilitiques), ne sont pas des entités morbides indépendantes, mais simplement des modalités anatomo-cliniques, liées à une diffusion particulière, à une évolution lente du processus syphilitique. Entre elles et les formes typiques de la syphilis cérébrale ou spinale, existent toutes les formes de passage. »

Développant ensuite ses idées, l'auteur précité fait le procès du traitement ordinaire de la syphilis, et préconise un traitement intensif, au moyen des injections massives de sels solubles ou insolubles. Pour ces derniers, il donne la préférence au calomel, et conseille des injections fessières de 10 centigrammes répétées, au début, tous les cinq ou six jours. Cet esprit novateur et hardi, a même pensé, sans l'oser faire, administrer des doses massives de 30 centigrammes de calomel. Nous disons bien 30 centigrammes !!! Nous avouons que pour curatives que puissent être de semblables doses, nous nous refuserons toujours à les employer. Mais le Dr Leredde n'insiste pas, il reconnaît que par ce procédé il peut y avoir des accidents, rares à la vérité, et bref, il préfère s'adresser aux injections solubles. Il donne alors le benzoate ou le biiodure, à la dose de 4 centigrammes par jour ; il élève même cette dose, s'il n'y a ni fièvre, ni réaction générale qui dénoteraient une légère intoxication. Bien entendu, plus le traitement est commencé au début des manifestations morbides, alors qu'il n'y a que des troubles légers, incertains, qui laissent encore le diagnostic hésitant, plus il a chance d'être efficace et de guérir.

Quelques praticiens enthousiasmés, sans doute, par de si belles promesses, ont suivi Leredde dans cette voie et l'on a pu entendre parler de paralysie générale et de tabes guéris.

Voici donc l'affirmation lancée, nous pouvons assurer la guérison à nos malades si, toutefois, nous faisons le diagnostic dès le début.

Sur quelles preuves s'appuie M. Leredde : 1° sur des incertitudes et des contradictions relevées dans une œuvre considérable ; 2° sur l'anatomie pathologique du tabes et de la paralysie générale ; 3° sur des cas de guérison de ces maladies, par le traitement spécifique bien dirigé.

Les incertitudes, entendons celles qui sont inhérentes à la doctrine de la paralysie générale et du tabes, ne nous émeuvent guère. Dans tout sujet, quelque étudié qu'il soit, il existe des incertitudes, nous avons dès lors le droit d'émettre des hypothèses, si toutefois ces hypothèses expliquent rigoureusement les faits observés. Or on ne peut douter que la syphilis produit des accidents absolument différents ; les uns, sont des accidents syphilitiques vrais, sur la nature desquels personne ne discute, ils guérissent par le traitement mercuriel ; les autres, ont des rapports, jadis longuement discutés, avec la syphilis, résistent à des traitements même énergiques : ces derniers accidents sont dits parasyphilitiques.

Faut-il s'arrêter aux contradictions, relevées dans une œuvre qui commence en 1882 et continue de nos jours ? Il le faudrait, si elles étaient formelles, mais

elles ne constituent en réalité que des nuances. Si en 1894, les affirmations sont moins catégoriques qu'en 1882, c'est parce que ne se sont pas réalisées les espérances, qu'avait créées la notion, nouvelle en 1882, de l'origine syphilitique du tabes.

Les preuves tirées de l'anatomie pathologique n'entraînent pas la conviction. Divers histologistes, entre autres, Cornil et Lancereaux, insistent sur les différences anatomo-pathologiques, entre les lésions circonscrites que produit généralement la syphilis tardive, et les lésions diffuses de la paralysie générale et du tabes. A ce propos, Fournier dit avec preuves à l'appui (selon une notice résumée, publiée par G. Thibierge): « Les arguments, qu'on oppose aujourd'hui, au nom de l'anatomie pathologique, à l'origine syphilitique de la paralysie générale, sont exactement, ceux qu'on a invoqués contre l'origine syphilitique du tabes et de la leucoplasie. On ne peut se baser, sur ce que ses lésions n'ont pas la spécificité syphilitique, pour nier que la paralysie générale soit d'origine syphilitique. On sait, en effet, que bien des lésions qui ne sont pas la reproduction exacte, parfaite, du tubercule ordinaire, n'en sont pas moins d'origine tuberculeuse. Pourquoi ne pourrait-il pas en être de même, en matière de syphilis ? »

Restent maintenant les observations. M. Leredde, dans son livre, publie un certain nombre d'observations de tabétiques et de paralytiques généraux, guéris par un traitement mercuriel intensif. Les observations qu'il cite ne sont pas personnelles, mais empruntées à divers auteurs (Dinkler, Devay, Leduc, Lemoine, Cassaët). Les

malades ont été suivis pendant un temps trop court, pour savoir si le traitement mercuriel a réellement amené une véritable régression, sinon un arrêt complet de la maladie. Il faut, en effet, compter avec les rémissions, si fréquentes dans ces affections, et qui surviennent sans que l'on puisse en connaître la cause. D'ailleurs, à la fin de chaque observation, l'auteur a soin de noter que si le malade est amélioré, il présente néanmoins des symptômes de son affection (signe d'Argyll, persistance de quelques douleurs fulgurantes, tremblements fibrillaires, embarras de la parole, etc.). Il était donc au moins téméraire, dans une « dissertation purement théorique » et sur des preuves aussi peu concluantes, d'affirmer la curabilité du tabes et de la paralysie générale.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr H. Malherbe et de MM. les Drs L. et G. Fortineau, il nous a été possible de recueillir un certain nombre d'observations de paralytiques généraux et de tabétiques, qui ont suivi un traitement mercuriel aussi intensif que possible. Nous allons essayer de montrer si les résultats obtenus justifient les opinions et la manière de faire de Leredde et de ses imitateurs.

Les observations qui vont suivre sont celles de paralytiques généraux. Mais, comme en semblables circonstances, il est bon d'avoir des termes de comparaison, pour mieux asseoir notre jugement, nous les diviserons en deux groupes. Dans le premier, nous exposerons les cas de paralysie générale non soumis au traitement antisypilitique ; dans le second, nous examinerons les

cas de paralysie générale soumis au traitement mercuriel intensif.

Observations de PARALYTIQUES GÉNÉRAUX n'ayant pas suivi le traitement antisypilitique (communiquées par MM. les D^{rs} L. et G. FORTINEAU).

Observation I (Résumée).

(Inédite).

X..., 43 ans, capitaine d'infanterie, entré à la maison de santé le 30 janvier 1900.

Premiers signes de paralysie générale, il y a dix-huit mois. Mis en non activité à cette époque; la parole était embarrassée et les pupilles inégales.

A l'entrée, embarras de la parole, inégalité pupillaire marquée, tremblement fibrillaire des muscles des lèvres et de la langue. Idées exagérées de fortune.

En juillet, œdème des jambes et gâtisme. Pendant l'hiver, l'affaiblissement général augmente, le malade reste confiné au lit et meurt dans le marasme le 11 juillet 1901. Durée deux ans.

Observation II (Résumée).

(Inédite).

M. X..., 46 ans, docteur en médecine. Entré à la maison de santé le 12 avril 1900.

A son entrée, embarras de la parole très marqué, tremble-

ment de la langue et des lèvres. Délire ambitieux peu marqué.
Digestion difficile.

L'état du malade s'aggrave peu à peu. Il se montre par moments surexcité et irascible. Idées incohérentes, alimentation difficile.

Succombe le 25 mai 1902 à une hémorragie méningée.

Durée : deux ans.

Observation III (Résumée).

(Inédite).

M. X..., 48 ans, négociant.

Entré à la maison de santé le 1^{er} mars 1901.

Premiers signes de paralysie générale il y a deux mois. Depuis quelques jours, surexcitation, idées mystiques, délire des grandeurs.

Quelques jours après, incohérence des idées, chants d'église, et propos orduriers.

Avril. — Malade devient gâteux et déchire ses vêtements.

Mai. — Le malade est empereur de Russie. Surexcitation.

Juillet. — Période de calme.

Août. — Agitation reparaît.

16 *octobre.* — Attaque épileptiforme, puis agitation par intervalles.

10 *novembre.* — Nouvelle attaque. Mort de cachexie le 20 novembre 1901.

Durée : onze mois.

Observation IV (Résumée).

(*Inédite*).

M. X..., lieutenant, 30 ans.

Entré à la maison de santé le 5 octobre 1901.

Début il y a un an environ. Violente agitation qui détermina un premier internement. Après quatre mois, rémission pendant laquelle le malade séjourna dans sa famille, sans manifester aucun trouble intellectuel.

Ces jours derniers, surexcitation. Le malade, en ayant reçu l'ordre de Dieu, veut tuer ses parents.

Le 16 octobre, pendant la nuit, signes d'étranglement interne; vomissements fécaloïdes, refroidissement général, pouls très fréquent et filiforme, facies grippé, douleurs abdominales très vives. L'état général ne permet pas de songer à une opération.

Décédé le 19 octobre 1901.

Durée: un an.

Observation V (Résumée).

(*Inédite*).

M. X..., 34 ans, docteur en médecine.

Entré à la maison de santé le 29 janvier 1902.

(A peut-être été traité, en raison des signes de pseudo-tabes présentés par le malade, peu de temps après le début de la paralysie générale.)

Il y a deux ans, signes de tabes, dont le malade se rendit compte et pour lesquels il alla consulter à Paris.

Exerça jusqu'au commencement de janvier. A ce moment, accès de délire, agitation, d'où internement.

A son entrée, signes de paralysie générale: délire ambitieux, confusion mentale, incohérence, signe d'Argyll-Robertson, embarras de la parole, etc. Sentiment de bien-être. Présente déjà de l'incontinence des sphincters.

Pendant les mois suivants, état stationnaire. A partir du mois d'août, l'alimentation devient difficile, et l'état général plus mauvais.

Succombe le 29 août 1902.

Durée: sept mois.

Observation VI (Résumée).

(Inédite).

M^m X..., 44 ans, sans profession, entrée à la maison de santé le 26 juillet 1902.

La maladie remonte à un an au moins. Dès cette époque, la parole était très embarrassée, mais le calme persistant avait permis à la famille de garder la malade chez elle.

Depuis quelque temps, agitation et libéralités exagérées.

A son entrée, mauvais état général: pouls fréquent, teint plombé, respiration difficile. Signes d'encéphalite.

Mort au bout de quinze jours.

Durée: un an environ.

Observation VII (Résumée).

(Inédite).

M. X..., 34 ans, sans profession.

Entré à la maison de santé le 11 novembre 1902.

Début brusque, il y a dix jours. Tendances érotiques et projets de voyages fantastiques.

A son entrée, agitation violente.

Décembre. — Le malade est plutôt indifférent. Mutisme, gâtisme.

En février et mars. — Amélioration sensible. Sort amélioré le 8 avril 1903.

Rémission de quatre mois.

En août. — Excentricités, suivies d'une crise d'agitation. Délire, idées mystiques. Interné à nouveau. Alimentation difficile.

Après plusieurs alternatives d'amélioration et de dépression, congestion cérébrale à laquelle il succombe dans le coma, le 2 septembre.

Durée: Dix mois.

Observation VIII (Résumée).

(Inédite).

M. X..., 50 ans, industriel.

Entré à la maison de santé, le 29 juillet 1904.

Le malade présente depuis plusieurs mois, des signes manifestes de paralysie générale. L'embarras de la parole est surtout très marqué; les facultés mentales sont affaiblies. Indifférence, parfois légère excitation.

Septembre. — Incohérence complète. Hallucinations de l'ouïe. Même état pendant les mois suivants.

1905. — Même état. Au mois de décembre, œdème des jambes et escarre sacrée.

27 décembre. — Congestion cérébrale, avec syncope et con-

vulsions épileptiformes. Décédé dans le coma, le 30 décembre.

Durée: Un an et neuf mois, environ.

Observation IX (Résumée).

(*Inédite*).

M. X..., 55 ans, négociant, entré à la maison de santé le 4 août 1904.

Affaiblissement marqué de l'état mental. Embarras extrême de la parole; marche hésitante. Surexcitation intermittente. Deux congestions depuis un mois.

Octobre. — Même état.

Décembre. — Les congestions deviennent plus fréquentes. Affaiblissement progressif.

Mars 1905. — Nouvelle congestion plus grave.

Succombe dans le coma le 17 mars.

Durée: Neuf mois.

Observation X (Résumée).

(*Inédite*).

M. X..., 42 ans, employé.

Entré à la maison de santé le 15 août 1904.

Malade depuis deux mois environ.

Léger embarras de la parole, agitation, insomnie et projets fantastiques.

Pendant les mois suivants, violente agitation.

Mars 1905. — Délire des grandeurs. Sa famille se compose de milliers d'individus occupant de hautes fonctions. Il a

découvert des mines d'or, il va épouser trois femmes, etc.

Juillet. — Légère amélioration. Pas d'embarras de la parole. Écriture normale. Suit parfaitement une conversation. Demande à sortir.

22 septembre. — Congestion cérébrale suivie pendant vingt-quatre heures d'aphasie, de cécité et de surdité verbale.

L'amélioration constatée en juillet se maintient jusqu'au mois de novembre 1906, le délire des grandeurs se manifestant par moments.

A partir de novembre, il s'affaiblit peu à peu et meurt de cachexie le 7 janvier 1907.

Durée: Deux ans et sept mois.

Observation XI (Résumée).

(Inédite).

M. X..., 34 ans, notaire.

Entré à la maison de santé le 24 mai 1904.

Affaiblissement général des facultés et surtout de la mémoire. De temps à autre, légère excitation, signes physiques de la paralysie générale.

En novembre. — Embarras de la parole plus marqué. En décembre, congestions cérébrales.

Le 8 janvier. — Attaque d'apoplexie mortelle.

Durée: Neuf mois environ.

Observation XII (Résumée).

(Inédite).

M. X..., 43 ans, officier.

Entré à la maison de santé le 1^{er} mai 1906.

Syphilis étant jeune.

Son médecin constata, il y a deux ans, un léger embarras de la parole; en même temps, signes de neurasthénie, changement de caractère et originalités.

A son entrée, tremblement de la langue et des membres très marqué, embarras de la parole, écriture tremblée. Amnésie partielle. Un peu d'incohérence dans les idées. Satisfaction. Exagération des réflexes rotuliens. Signe d'Argyll-Robertson.

Juillet. — Affaiblissement des facultés.

Août. — Incohérent. En octobre, il devient gâteux, et se déprime peu à peu.

Meurt cachectique, le 5 mars 1907.

Durée: Deux ans et dix mois.

Observation XIII (Résumée).

(*Inédite*).

M. X..., 43 ans, sans profession.

Entré à la maison de santé le 4 octobre 1906.

Depuis quelques mois, dépenses exagérées, bizarreries et impatiences non justifiées.

Satisfaction personnelle, inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, tremblement de la langue, achoppement syllabique, réflexes rotuliens exagérés. Appétit exagéré.

Novembre. — Le malade veut faire construire une maison en or. Affaiblissement intellectuel.

7 janvier. — Légère congestion, suivie d'aphasie pendant vingt-quatre heures. Le malade se cachectise peu à peu, et meurt le 27 juin 1907.

Durée: Un an environ.

Observation XIV (Résumée).

(*Inédite*).

M^{lle} X..., sans profession.

Entrée à la maison de santé le 7 février 1907.

Depuis quelques mois, légère modification de caractère.

Depuis deux jours, idées délirantes et hallucinations de l'ouïe.
Incohérence. Troubles de la mémoire.

Avril. — Délire de grandeurs. Signe d'Argyll. Semble accrocher quelques mots : il est difficile de préciser sur ce point, en raison de la salivation continuelle que présente la malade, depuis quelques mois. Agitation fréquente. Hallucinations de la vue.

Mai. — Légère congestion cérébrale. Mange gloutonnement.

Octobre. — Prend l'habitude de remonter ses manches, le plus haut possible, en montrant ses bras avec satisfaction. Pas d'embarras de la parole. Bon état général.

Novembre et décembre. — Violente agitation, gâtisme.

Pendant les mois suivants, alternatives d'agitation et de calme.
Boulimie.

Pendant les quatre derniers mois, 4 congestions cérébrales.

Meurt de cachexie, le 2 août 1908.

Durée : Un an et six mois.

Observation XV (Résumée).

(*Inédite*).

M. X..., 36 ans, homme de lettres.

Entré le 11 mai 1907, à la maison de santé.

Délire des grandeurs. Malade très excité ; veut télégraphier au président du Conseil pour lui demander une escorte, correspondre avec la reine de Hollande ; arrête le soleil et la lune, fait descendre ses amis du ciel, etc. Reflexes exagérés, tremblement de la langue. Signe d'Argyll.

Juin. — Collectionne les annonces de ventes, devant tout acquérir. Délire des grandeurs continu.

Septembre. — Il a trouvé le moyen de guérir le cancer. Écriture très tremblée.

Octobre. — S'irrite contre les médecins, à qui il a proposé son remède contre le cancer, et qui ne lui ont pas répondu. Tremblement de la langue. Troubles de la parole très marqués par moments. Bon état général.

Janvier 1908. — Même état. Idées de négation : sa tête, sa barbe, ses cheveux ne sont pas à lui. Triste et taciturne. Bon appétit.

Mois suivants. Même état. S'irrite contre les amis qui viennent le voir. Monologue souvent à voix basse.

Septembre, 24. — Congestion cérébrale à la suite de laquelle le malade meurt dans le coma, le 27.

Durée : Un an et quatre mois.

Observation XVI (Résumée).

(Inédite).

M. X..., 38 ans, agent d'affaires.

Entré à la maison de santé le 1^{er} juillet 1908.

Syphilis en 1892 ; se soigna pendant quatre ans. Marié en 1901, il eut deux enfants.

Il y a deux ans le malade présentant quelques troubles ner-

veux, le Dr Mirallié l'ayant examiné fit le diagnostic de paralysie générale.

En 1907, crise de neurasthénie de deux mois, qui guérit, d'après la famille.

Le 28 juin. — Délire des grandeurs. Surexcitation. Il a trouvé le moyen de gagner des milliards, achète une automobile de 40.000 francs, et 10.000 francs de bijoux.

Entre à la maison de santé, le 1^{er} juillet. Embarras de la parole, tremblement de la langue et des lèvres, exagération des réflexes tendineux. Signe d'Argyll. Délire de grandeur, idées de satisfaction.

Jours suivants. Veut écrire à l'empereur Guillaume qu'il vient d'acheter 200 cuirassés et 1.000 croiseurs-cuirassés, pour maintenir la paix. Veut mettre le feu à la France, pour reconstruire des routes en or, des villes en diamants, etc. Il est le second homme du monde, après Napoléon.

Peu à peu le malade se surexcite ; l'agitation est violente et persiste malgré les bains et les calmants.

Août — Même état. Hallucinations visuelles et auditives.

Septembre. — Amaigrissement considérable, dû à l'agitation, car l'alimentation continue à être excellente.

24 octobre. — Hémorragie cérébrale mortelle.

Durée : Deux ans et quatre mois.

*
* *

Voici maintenant des observations de paralytiques généraux, qui ont été suivis et soumis au traitement spécifique. Pour certains, le traitement a été appliqué dès le début apparent de la maladie, et poursuivi avec toute l'intensité possible.

Observation I (ARNAUD ET VIGNAUD).

M. S..., 33 ans, entre à la maison de santé de Vanves, le 2 septembre 1902, pour un état d'affaiblissement intellectuel considérable, avec idées mélancoliques et de persécution, et un ensemble de signes somatiques de paralysie générale. Syphilis certaine datant de neuf à dix ans.

Le malade aurait eu récemment deux ictus.

Nous instituons le traitement à l'aide d'injections d'huile grise, quelques jours après son entrée, et nous devons le cesser bientôt à cause d'accidents hydrargyriques.

Le malade s'affaiblit et meurt le 16 octobre 1902, par congestion cérébrale.

Observation II (ARNAUD ET VIGNAUD).

M. F..., entre à la maison de santé de Vanves, le 23 mars 1904, pour un état de paralysie générale à forme dépressive. Idées de grandeurs, idées hypochondriaques et idées de négations absurdes. Signes physiques très nets. Le malade est très affaibli physiquement, et nous jugeons bon de le laisser au repos pendant un mois avant de commencer son traitement.

En mai et juin, nous faisons au malade une série d'injections d'huile grise, que nous sommes obligé d'interrompre, en raison de l'état général de plus en plus précaire et de symptômes évidents d'hydrargyrisme subaigu. Commencement de stomatite, troubles gastro-intestinaux, etc. L'état mental du malade ne s'est pas modifié, et une nouvelle tentative du traitement est faite, mais nous devons y renoncer bien vite, en face de la

reproduction des mêmes accidents que la première fois.

Depuis le mois de juin jusqu'en novembre, nous assistons à un affaiblissement progressif des facultés et de l'état physique du malade. Les idées de grandeur et de négation absurdes sont très actives. Mais à partir de novembre, le malade entre dans un état de rémission très légère au point de vue physique et mental, rémission que nous devons peut-être attribuer à la cessation du traitement mercuriel.

Voici maintenant, un groupe d'observations, tiré du mémoire du D^r Ferreira de Lacerda, sur le traitement mercuriel intensif de la paralysie générale, mémoire communiqué au XV^e Congrès de médecine, à Lisbonne, 1906. On y voit appliqué dans toute sa rigueur, le système préconisé par Leredde. Tous les malades étaient hospitalisés; les sels employés furent l'hermophényl, le benzoate et le biiodure d'hydrargyre.

Observation I

H..., 36 ans. Bons antécédents héréditaires et personnels. Syphilis en 1897. Quel a été le traitement?

En 1904, paralysie générale confirmée. On le traite par des injections fessières poussées aux limites de la tolérance, puisqu'il y a diarrhée et érythrodermie hydrargyriques; ensuite, par l'iode de potassium.

Malgré cette cure intense, en février 1905, le malade meurt dans le marasme paralytique.

Observation II

H..., 37 ans. Syphilis datant de quelques années. En février 1904, signes de paralysie générale; traitement actif par les injections de biiodure et de benzoate de Hg. Le 7 août de la même année, résultat médiocre.

Observation III

H..., 56 ans. Février 1904, paralysie générale, démence avancée. Même traitement que les précédents. En septembre 1905, mort par consommation.

Observation IV

H..., 52 ans, vieux syphilitique. En 1901, ictus congestif. En 1904, paralysie générale confirmée. Même traitement. Au bout de dix-sept mois, il vit encore dans un état de demi gâtisme.

Observation V

H..., 37 ans. Prend la syphilis, en son enfance, de sa nourrice. Habite l'Afrique et fait de grands excès alcooliques. En 1902, attaque apoplectiforme. En février 1904, début de paralysie générale. Traitement identique.

Mort en octobre 1904. Durée: Neuf mois.

Observation VI

H..., 50 ans environ.

Février 1904. — Symptômes de paralysie générale. Il subit sans incident, la même cure que les malades précédents. A la fin de décembre 1904, ses forces déclinent rapidement, et il meurt dans le marasme paralytique.

Durée: Onze mois.

Observation VII

H..., 41 ans, vieux syphilitique.

Février 1904. — Paralysie générale nette. Traitement ordinaire. Au bout d'un mois, le délire a disparu, il sort de l'hospice. Quelques mois après, il y rentre de nouveau, en pleine période finale.

Observation VIII

H..., 30 ans.

Syphilis en 1898. Ictus à diverses reprises. En avril 1904, paralysie générale. Même traitement, mais avec des arrêts et des intermittences.

En janvier 1905, la démence est complète; on tente à nouveau la cure mercurielle, mais aggravation de l'état du malade. On cesse. En mars 1905, deux nouveaux ictus et mort.

Durée: Presque un an.

Observation IX

H..., 38 ans.

Antécédents congestifs chez le père et la mère, pas d'alcoolisme, mais excès vénériens. Syphilis datant de douze ans.

En août 1904, paralysie générale non douteuse. Malgré la cure de Hg et de KI intensive, la paralysie générale évolue, et en novembre 1905, nous retrouvons le malade presque gâteux, gardant le lit presque continuellement.

Observation X

H..., 45 ans.

Syphilis de quelques années. Juillet 1905, décadence mentale rapide. Affaiblissement des réflexes pupillaires. Embarras de la parole et tremblement de la face.

Meurt en quelques jours, à la suite d'attaques épileptiformes.

Observation XI

H..., 49 ans, ancien syphilitique.

En août 1904, paralysie générale. Délire, refuse la nourriture sous prétexte qu'on veut l'empoisonner.

Traité par Hg et KI, on le voit vivre jusqu'en novembre 1904. Les signes commençaient alors à s'aggraver.

Observation XII

H..., 31 ans.

Contracte la syphilis en Afrique, et qui semble peu grave. En

novembre 1904, la paralysie générale se manifeste. Peu après son entrée à l'hospice, il eut un ictus; la paralysie prend alors une forme galopante. On tente le traitement intensif par Hg, mais on cesse en quelques jours, l'état du malade s'aggravant encore.

Mort en quelques semaines.

Observation XIII

H..., 32 ans.

Syphilis quelques années avant. Janvier 1905, paralysie générale confirmée. Traitement mercuriel. Rien à signaler. En novembre 1905, il vit encore, sans le moindre changement dans son état.

Observation XIV

H..., 30 ans. Ancien syphilitique et alcoolique.

En janvier 1905, kleptomanie, jactance, inégalité pupillaire. Du 20 février au 5 mars, on fait quatorze injections de benzoate à doses croissantes d'un 1/2 centigramme tous les jours, jusqu'à 8 centigrammes par jour. Stomatite. On cesse. Malgré le traitement, pas d'amélioration.

Observation XV

A..., 57 ans, alcoolique.

Attaques convulsives avec perte de connaissance. Quelques mois avant son admission à l'asile, il devient mégalomane.

Soumis au traitement, il y eut de l'amélioration dans l'état

du malade, mais on dut suspendre le traitement, mal toléré. La durée du traitement total et l'avenir du malade, ne sont pas indiqués.

*
* *

Voici maintenant des observations de paralytiques généraux qui ont été suivis et soumis au traitement spécifique (1):

Observation I (*Inédite*, Dr HENRI MALHERBE).

Le 3 décembre 1903. — M. K..., 32 ans, vient nous consulter et nous raconte les faits suivants : Il y a huit ans, il se rappelle avoir eu dans le sillon balano-préputial, un accident suspect. Un médecin consulté à cette époque, n'a pas attaché d'importance à cette lésion, qui d'ailleurs guérit rapidement. Malgré cet incident, ce jeune homme a continué à faire la fête et a mené une vie agitée. Nul nouvel accident ne s'est manifesté. Il s'est marié, a eu un enfant qui paraît sain. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

Au mois de mai 1903, il a commencé à présenter des troubles oculaires : dilatation des pupilles, avec accommodation nulle de l'œil gauche. A la fin d'août de la même année, l'œil droit présente les mêmes phénomènes. Un oculiste consulté, conseille de faire un traitement mercuriel, qui n'est pas suivi.

1. Ce traitement a toujours été institué, sur la demande expresse des confrères ayant suivi le malade au début, MM. L. et G. Fortineau n'ayant jamais été partisans de ce traitement, que n'encourageaient, à leur sens, ni l'observation des premiers malades traités, ni les discussions des sociétés médicales.

En examinant ce malade, nous constatons une inégalité pupillaire marquée, la pupille gauche est plus grande, elle ne réagit pas. Les réflexes du côté de l'œil droit existent ; mais ils sont lents et paresseux. En raison des antécédents et des phénomènes constatés, nous engageons ce malade à faire un traitement intensif. Par ailleurs, l'examen médical ne dénote rien d'anormal dans l'état de M. K... Il est à la tête d'une grosse maison de commerce, et travaille énormément sans fatigue, ni défaillance.

Nous faisons, à partir de cette date un traitement régulier, et le malade reçoit tous les cinq jours, une injection de 2 centigr. 1/2 de sublimé. Le traitement est conduit ainsi, sans interruption, jusque vers la fin de janvier 1904. En outre du traitement spécifique, d'après l'avis d'un oculiste, le malade s'est électrisé à faibles courants, et s'est fait, très irrégulièrement, des piqûres de strychnine à la tempe.

Le 18 février 1904. — Nous reprenons le traitement spécifique : tous les huit jours une injection de 2 centigr. 1/2 de sublimé. Un symptôme nouveau est apparu ; le malade fait de la neurasthénie, les phénomènes oculaires se sont plutôt amendés ; les pupilles se contractent ; nous ajoutons, toniques à l'intérieur, repos et hydrothérapie. La cure mercurielle est continuée avec quelque temps de repos, jusqu'au 1^{er} décembre 1904. Mais brusquement, à cette époque, le malade présente des troubles vésicaux : incontinence d'urine ; en même temps, troubles de la parole : elle devient traînante, il accroche ou bredouille, s'il veut faire un discours. Cet état se maintient jusqu'à 1906. En 1905, quatre cures mercurielles de huit piqûres ont été faites.

Malgré tous ces efforts thérapeutiques, au début de l'année 1906, le malade, très fatigué, doit cesser tout travail et partir à

Pau se reposer. Là, son état s'aggrave; rapidement, il tombe dans le gâtisme, et on doit le conduire à Paris dans un asile. Il y vit encore deux ans, et meurt vers la fin de 1908. Depuis les premiers signes apparents jusqu'au terme fatal, la maladie a duré environ cinq ans.

Observation II (*Inédite*).

(D^{rs} L. ET G. FORTINEAU)

X..., 24 ans.

Entré à la maison de Santé, le 8 juillet 1908.

Syphilis à 17 ans. Fait son service dans l'infanterie de marine, en Indo-Chine. Revient à Toulon, où il est atteint d'hémiplégie. Suit le traitement mixte à l'hôpital maritime. Revient quelques mois après, à Nantes.

Présentait alors, les premiers symptômes de paralysie générale. Son médecin, de concert avec un confrère, lui injecte 2 centigrammes de sublimé par semaine et lui fait prendre 6 à 8 grammes d'iodure de potassium par jour, pendant un mois. Il supprime alors les injections, le malade ne présentant aucune amélioration et lui fait continuer KI (4 grammes par jour) pendant un mois (juin 1903).

Pendant ce mois, le malade présenta des périodes d'excitation et de dépression; il se livrait à des actes déraisonnables et présentait des hallucinations de la vue.

Juillet 1903. — Embarras de la parole succédant à l'hémiplégie précitée, dont les signes tendent à s'effacer. Le malade est dominé par un sentiment de satisfaction intime et des idées ambitieuses. Il est infatué de sa personne, et s' imagine avoir une influence irrésistible sur les personnes qui l'approchent. Écri-

ture tremblée et incorrecte. Passe des lettres et des mots entiers. L'internement a calmé sa surexcitation.

Août. — Le malade se maintient calme ; ses dispositions mentales sont les mêmes. Satisfaction personnelle. Signes persistants de débilité mentale. Cet état persiste jusqu'en mai 1904, où l'affaiblissement mental est plus marqué. Même état jusqu'en janvier 1905, époque à laquelle le malade devient gâteux. Fléchit sensiblement du côté droit en marchant.

Février. — Embarras marqué de la parole, qui persiste jusqu'en mai ; à ce moment, aphasie ; le malade rit fréquemment sans motif ; bon état général.

Juin. — On est obligé de nourrir le malade avec des aliments légers, et de le faire manger, les mouvements des membres devenant incoordonnés.

Octobre. — Malade devient indifférent.

Novembre. — Même état ; moments d'agitation de temps à autre.

Décembre. — Moments d'agitation plus fréquents. Alimentation facile avec laitage et légumes. De temps à autre, cris prolongés, surtout la nuit. Incontinence d'urine et de matières. Escarre sacrée limitée. Le malade porte un urinal.

Janvier 1906. — L'escarre tombe, la plaie se cicatrise. Depuis le mois dernier, la station debout et la marche sont souvent difficiles ; le malade reconnaît par moments les personnes de son entourage : le plus habituellement il demeure indifférent, ne crie plus.

Février 20. — Strabisme externe pendant trois jours. Même état.

Avril. — Alimentation difficile, malade mange lentement, déglutition lente ; laitages, soupes, liquides. Malade maigrit un peu

Petites escarres au niveau des talons. Marche encore un peu quand on le soutient.

Mai. — A un peu repris.

Juin. — Le malade reste continuellement étendu sur une chaise longue : semble encore reconnaître les personnes, obéit quand on lui demande de tendre la main : par moment, tremblements fibrillaires au niveau des membres supérieurs.

Août. — Même état. Amaigrissement ; la face seule conserve son aspect antérieur. Tremblement des membres supérieurs, du bras gauche surtout ; ne peut plus se tenir debout ; déglutition difficile.

Janvier 1907. — Escarres sacrées. Amaigrissement général. Malade confiné au lit. Succombe en février.

Durée : Trois ans et neuf mois.

Observation III (*Inédite*).

(D^{rs} L. ET G. FORTINEAU)

X..., 38 ans, sans profession.

Entré à la maison de santé le 4 mars 1906.

Syphilis à 24 ans. La maladie débute le 17 octobre 1902, par une attaque épileptiforme.

Accalmie jusqu'en mars 1903.

De mars en avril 1903, 21 injections de benzoate, peptonate et calomel, suivies de deux séries de 11 injections d'huile grise.

A son entrée le malade assez calme, attend deux compagnies d'infanterie qui doivent venir le chercher, musique en tête. Il réclame de l'éther.

Le lendemain, il ne fait aucune difficulté pour s'alimenter, se propose de raser les murs du jardin, et nous conseille de visiter

les cuisines du château qui sont superbes. Tout lui appartient : il a l'intention de modifier le salon, mais le château actuel ne sera rien en comparaison de ceux qu'il possède ailleurs, etc. Léger embarras de la parole, tremblement de la langue et des membres supérieurs. Signe d'Argyll. Réflexes rotuliens et achilléens exagérés.

Organes normaux. Le malade s'alimente bien. Écriture tremblée, mots et lettres passés, fautes d'orthographe, dessins tremblés.

Avril. — Même état. Le malade parle souvent de ses châteaux. Demande de temps en temps à sortir, sans insister.

Mai. — Même état.

Juin. — Le malade reçoit la visite de son médecin : il compte sur lui pour redresser sa colonne vertébrale, lui mettre un bassin d'argent, etc. Complètement indifférent vis-à-vis de sa famille.

Juillet. — Reçoit la visite de sa tante qu'il reconnaît, mais indifférence persiste vis-à-vis de sa famille. Mêmes idées délirantes.

Août. — Dessins tremblés. Écrit des lettres complètement incohérentes. Embarras de la parole, tremblement de la langue et des membres supérieurs plus marqués.

Septembre. — Même état.

Octobre. — Pousse, par instants, des cris stridents; déchire ses vêtements. Même état jusqu'à la fin de l'année.

Février 1907. — Monologue bruyamment à haute voix.

Avril. — Compte par dizaines de 100 à 400, à haute voix, d'une façon presque continue. Monologue de temps à autre, à haute voix. Bonne alimentation.

Même état jusqu'en août, où l'embarras de la parole devient plus marqué.

Octobre.— Le malade fait des discours à haute voix et parle de ses nombreux châteaux. L'embarras de la parole persiste. Même état jusqu'en janvier 1908. Le malade s'affaiblit; faiblesse des membres inférieurs; alimentation satisfaisante. Embarras de la parole très marqué et tremblement de la langue et des lèvres; Il est presque impossible de comprendre ce que veut dire le malade.

Idées de satisfaction.

Mars 17.— Congestion. Tremblements fibrillaires des lèvres et des muscles de la face. Coma. Déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Pouls rapide (100 à 120). Cet état persiste jusqu'au 21 mars 1908. Le malade meurt.

Durée. — Cinq ans et cinq mois.

Observation IV (Inédite).

(D^{rs} L. et G. FORTINEAU)

X..., 38 ans, docteur en médecine.

Entré à la maison de santé en septembre 1906.

Syphilis traitée pendant quatre ans, vers l'âge de 25 ans. Au cours des quatre années ayant précédé l'entrée du malade à la maison, injections mercurielles variées (biiodure, huile grise, calomel, peptonate).

En mai 1905, le Dr Mirallié, avait constaté de l'embarras de la parole et pensé à une paralysie générale probable. Au mois de juillet 1906, le malade présente des troubles qualifiés de neurasthéniques, suivis d'une crise délirante qui ne dura pas longtemps et dont il conserva toujours le souvenir. En août, cure à Uriage. Traitement intensif.

A son retour, manque de volonté, troubles de la mémoire;

le malade s'inquiète de son état et de sa situation, ayant vendu malgré lui, sa clientèle. Il y a quelques mois, il avait fait des achats inconsidérés, en particulier un salon en Aubusson, et il ne s'explique pas pourquoi il avait fait ces achats.

Il entre à la maison comme pensionnaire libre, pour soigner sa neurasthénie qui l'inquiète de plus en plus.

Vers la fin d'octobre, le malade présente des idées délirantes, il entre en communication à distance avec un spirite d'Angers, qui commande ses moindres actions. Il passe des nuits à se promener dans sa chambre, en prononçant des phrases sans suite

Parle continuellement du spirite.

20 octobre. — Ponction lombaire. Lymphocytose.

2 novembre. — Les hallucinations de l'ouïe dominent la scène : le malade continue à entretenir des relations avec son spirite et lui répond par monosyllabes ou par de courtes phrases. Il se met parfois à genoux pour implorer sa clémence. Refuse de s'alimenter « parce que son estomac est vide ». L'alimentation artificielle est nécessaire. Amaigrissement.

Inégalité pupillaire, réflexe lumineux lent, exagération des réflexes rotuliens, tremblement des mains et de la langue, légers troubles de la parole. Œdème des jambes.

20 novembre. — Hallucinations diminuent. Le malade ne veut pas manger « parce que son estomac est plein ».

Alimentation artificielle. Haleine fétide.

Décembre. — Même état. Le malade s'affaiblit de plus en plus.

Décédé le 20 décembre 1907.

Durée : Deux ans et neuf mois environ.

Observation V (Inédite).

(Dr^s L. et G. FORTINEAU)

M. X..., 42 ans, commerçant.

Entré à la maison de santé le 4 octobre 1906.

Syphilis pendant son service militaire. Il y a dix mois le malade, se sentant fatigué, fut obligé de céder son commerce, la mémoire lui faisant défaut, surtout depuis quelques mois.

A la fin de septembre 1906, les premiers symptômes de paralysie générale s'étant manifestés, le malade est soumis à un traitement intensif pendant huit jours (biiodure de mercure en injections quotidiennes de 1 centigramme). KI à l'intérieur. Le malade présente à ce moment de l'embarras de la parole, s'exprime avec volubilité, répète avec insistance certains mots : « C'est ça, c'est ça, etc., Signe d'Argyll. Exagération des réflexes tendineux, écriture irrégulière, grossière, non tremblée.

Les dessins sont difficiles, incomplets, le malade dessinant parfaitement auparavant.

Après les huit premiers jours de traitement, attaques épileptiformes avec contractures d'un côté ou de l'autre de la face ou des membres durant une demi-minute environ et se reproduisant toutes les quatre ou cinq minutes. Lavements purgatifs, sangsues aux jambes et au niveau des apophyses mastoïdes; sinapismes. Durée de la crise : Vingt-deux heures.

Dans les jours qui suivent, le malade reprend peu à peu conscience de lui-même; il devient agressif vis-à-vis de ses parents, ce qui nécessite son entrée à la maison de santé.

Entre le 4 octobre 1906. Mêmes signes qu'au début. Malade

calme, raisonnant assez bien. Stomatite mercurielle, haleine fétide, crachats muco-purulents à odeur très fétide. Rien à l'auscultation des poumons.

Hémoptysie à la fin d'octobre. Les crachats deviennent moins fétides et moins abondants.

Novembre. — Le malade ne prend que du lait pour toute nourriture; les autres aliments sont rejetés. Lucidité assez complète; copie très convenablement des dessins compliqués.

S'affaiblit progressivement. Laryngite. Hémoptysies à deux reprises. Pas de bacilles de Koch dans les hémoptysies, ni dans les crachats. Rien à l'auscultation des poumons.

Succombe le 6 décembre 1906.

Durée : Deux mois et demi.

Observation VI (Inédite).

(D^{rs} L. et G. FORTINEAU)

M. X..., 35 ans, industriel.

Entré à la maison de santé le 27 juillet 1900.

Il a eu jadis la syphilis, a été soigné assez régulièrement pendant quatre ans. Toute la cure s'est faite au moyen de pilules mercurielles et tous les accidents avaient disparu depuis longtemps. Il s'est marié. Peu de temps avant son internement (mois de juillet), dans la nuit, le malade a eu une crise violente, délirant et voulant tuer sa femme. C'est alors que la famille l'a fait interner.

M. X..., est malade depuis plus d'un an. Ses facultés mentales, surtout la mémoire, se sont progressivement affaiblies. Actuellement, l'embarras de la parole est très prononcé, hallu-

cinations de la vue et de l'ouïe; tendances érotiques; accès de tristesse et par intervalles, quelques idées de persécution. Par suite de l'affaiblissement de mémoire, M. X... reconnaît difficilement les personnes de sa famille. Il croit les reconnaître, mais persuadé que ces personnes sont mortes, il se figure s'être trompé.

Août. — État stationnaire.

Septembre. — Un peu d'agitation par intervalles, le malade parle seul, ou converse avec des personnes imaginaires qui veulent lui faire du mal.

Octobre. — Même état.

Novembre. — Légère agitation, surtout pendant la nuit, se traduisant par de la loquacité. Par intervalles, le malade est sous l'influence d'idées tristes. Il s'imagine que sa femme, ses enfants, son frère, etc., sont morts. Si on vient le voir, il reconnaît difficilement ses proches et s'étonne de leur visite, toujours persuadé qu'ils n'existent plus.

Décembre. — Même état.

Janvier 1901. — Affaiblissement général des facultés mentales et surtout de la mémoire. Prédominance des idées de satisfaction. De loin en loin, accès de tristesse.

Février. — Même état.

Mars. — Le malade s'affaiblit; il penche sensiblement du côté gauche en marchant et devient gâteux.

Avril. — Gâtisme persistant, le malade se tient plus droit; l'embarras de la parole s'accroît.

Mai. — Incohérence complète; gâtisme.

Mois suivants. — Même état jusqu'en septembre; à ce moment, l'affaiblissement général a beaucoup augmenté; le malade a beaucoup de peine à marcher et même à se tenir debout. Le

tremblement fibrillaire est de plus en plus intense et la parole à peine intelligible. Le malade se vante souvent de ses beaux vêtements, etc.

Octobre. — Même état.

Novembre. — L'état général s'aggrave, œdème des jambes. Décédé le 27 novembre 1901.

Durée : Deux ans et quatre mois.

Observation VII (*Inédite*).

(Communiquée par le Dr MIGNOT)

En novembre 1907, se présentait à ma consultation, le nommé G. L..., âgé de 31 ans, et forgeron de son état. Il vient subir l'examen nécessaire à son admission à une société de secours mutuels. Il ne présentait rien de particulier, sauf une certaine hésitation de la parole. Mais questionné à ce sujet, il affirme l'avoir toujours eue.

En mai 1908, G. L..., que je n'avais pas revu, revint me consulter pour la faiblesse des jambes. Sa femme, qui l'accompagnait, me fit remarquer qu'il avait perdu la mémoire, et son hésitation en parlant signalée à sa première visite, avait beaucoup augmenté. On songea alors à la paralysie générale, et ce diagnostic devait bientôt se confirmer. On lui fit alors un traitement énergique. Tous les cinq jours une piqûre de sublimé à 2 centigr. 1/2. Une série de 14 piqûres fut faite sans interruption. Mais à ce moment, loin de s'amender les signes pathologiques s'accroissent. Devenu très maladroit, il est renvoyé par son patron.

Peu à peu le gâtisme apparaît, la déchéance physique et in-

tellectuelle s'accroît et le malade succombe en février 1909, dans le marasme paralytique complet.

Durée : Un an environ.

*
* *

Si l'on parcourt les observations qui précèdent, un fait frappe tout de suite l'attention : la majorité des cas cités concernent des hommes et presque tous ont contracté la vérole. Ceci ne veut pas dire que la syphilis, cause prochaine de la paralysie générale, soit plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, mais seulement que les conditions qui entraînent cette conséquence éloignée du mal, sont plus souvent réalisées chez les premiers que chez les dernières. En effet, le système nerveux de l'homme, soumis aux ébranlements constants que provoquent l'agitation de la vie, le trac des affaires, la fête, etc., offre moins de résistance aux atteintes de la maladie, que celui de la femme qui, tout en étant plus nerveuse, mène habituellement une existence plus calme et plus régulière.

Les sels employés dans le traitement, ont été les sels solubles en général, benzoate, biiodure, bichlorure de mercure. Deux malades ont reçu des injections d'huile grise. Si l'on compare les deux groupes de paralytiques généraux que nous avons établis, on se rend compte facilement, que la durée d'évolution, le résultat final, ont été, à peu de choses près, les mêmes, chez les malades de l'un et l'autre groupe.

Parmi les malades qui n'ont subi aucun traitement,

un a eu une rémission de quatre mois (observation VII) ; un autre a eu une amélioration légère (observation X).

Parmi ceux qui ont suivi le traitement mercuriel intensif, un a été amélioré, mais on a dû suspendre le traitement qui était mal supporté (observation XV de Ferreira de Lacerda). Chez les autres, on n'a remarqué aucune amélioration réelle, et quelques malades ont éprouvé une aggravation manifeste de leur état (Arnaude et Vignaud, observations I et II ; L. et G. Fortinneau, observations I et V, observation de Mignot ; Ferreira de Lacerda, observations I, VIII et XII).

Il faut donc dire avec le professeur Fournier : « La paralysie générale est de la syphilis qui ne guérit pas. » Nous devons, d'ailleurs, pour être juste, dire qu'à l'heure actuelle, le D^r Leredde est descendu du haut de son enthousiasme. Nous trouvons dans une feuille de province, le *Poitou médical*, mars 1909, cette parole : « La question de la paralysie générale est beaucoup plus difficile ; il est hors de doute que le traitement n'agit pas, ou agit peu. »

Le traitement préventif lui-même est quelquefois sujet à caution. « Le mercure, dit le professeur Fournier, n'est préventif que d'une façon provisoire. Le bail que fait la maladie avec le remède, n'a qu'un temps, il faut se hâter de se revacciner. »

Tel se soigne longuement, consciencieusement, qui meurt paralytique général (observation IV). Si l'on reconnaît la faillite du traitement préventif, il faut admettre la faillite complète du traitement curatif. Aussi, Fournier a-t-il déclaré avoir donné jusqu'à 13 centigram-

mes de mercure, en injections, aux paralytiques généraux syphilitiques ; il a fallu se rendre à l'évidence : on n'a ainsi obtenu que des aggravations de la maladie.

•
••

Les observations qui vont suivre sont celles de tabétiques qui ont été soumis à un traitement spécifique aussi intensif que possible. Malheureusement, nous n'avons pas pu recueillir d'observations de tabétiques n'ayant subi aucun traitement, afin d'établir entre elles un parallèle intéressant. Aussi, nous contenterons-nous de les exposer, et d'en tirer les conclusions qui en découlent.

OBSERVATIONS *de tabétiques traités et non améliorés.*

Observation I (ESPITALIER).

M. M..., 34 ans, 1902.

Syphilis à 17 ans, traitée pendant deux ans.

Il y a dix mois, hémiplégie droite, survenue sans ictus.

Actuellement diminution de la force du côté droit.

Légère atrophie des membres à droite, surtout au bras.

Réflexe du poignet exagéré à droite.

Réflexe rotulien normal, réflexe achilléen aboli à droite, très faible à gauche.

Signe d'Argyll-Robertson.

Diminution de l'acuité visuelle.

Pas de douleurs fulgurantes.

Traitement. — Injections de calomel.

Après seize piqûres, le malade dit qu'il est peut-être un peu mieux, mais que cette amélioration est insignifiante.

La vue continue à baisser.

Le 16 octobre, on l'examine à nouveau ; les signes objectifs n'ont pas changé ; il paraît un peu mieux.

Observation II (ESPITALIER).

M. M..., 35 ans, juin 1902.

Chancre à 22 ans, sur la nature duquel il ne sait rien. Jamais d'autres accidents.

A eu des coliques hépatiques. Se plaint de vomissements bilieux et de douleurs gastriques ; pendant les crises, qui durent deux ou trois jours, ne peut prendre aucun aliment ; il a beaucoup maigri ; entre les crises, aucun trouble digestif. Elles ont apparu depuis deux mois.

Signe d'Argyll-Robertson.

Réflexes tendineux normaux.

Pas de signe de Romberg ; pas de trouble de la marche.

Traitement. — Injections de calomel.

Dès les deux premières piqûres, un mieux sensible se manifeste ; pendant quinze jours, le malade n'a aucune douleur. Au bout de quinze jours, les douleurs reparaissent et durent un mois, disparaissent de nouveau pendant quinze jours puis reviennent, et pendant un mois, sont aussi violentes qu'avant.

Le malade a suivi le traitement mercuriel pendant trois mois environ.

Il part à Vichy, le 16 août 1902, où on diagnostique des coliques hépatiques ; le traitement le soulagea plus que les piqûres de calomel.

Le 8 octobre 1902, le malade souffre de nouveau.

Observation III (ESPITALIER).

M. T... vient consulter le 30 juin 1898. Syphilis à 23 ans.

Il y a deux ans, paralysie de la troisième paire, traitée pendant deux mois, par des piqûres d'huile biiodurée.

Se plaint d'une douleur dans la jambe gauche ; anesthésie au tact, à la douleur, à la température, sur la face antérieure de la cuisse gauche.

Du côté droit, la pupille se contracte à la lumière, d'une façon normale.

Du côté gauche, la première excitation lumineuse donne une contraction nette, moins forte qu'à droite cependant ; de plus, quand on répète plusieurs fois cette excitation, la contraction réflexe devient de moins en moins forte.

Réflexes rotuliens forts.

Réflexe achilléen aboli des deux côtés.

Troubles vésicaux.

Depuis trois ans, aucune érection.

Le malade est soumis au traitement. Il reçoit quatre injections de calomel qui lui sont très douloureuses. Comme il ne peut les supporter, on lui conseille de faire des frictions, pendant vingt jours tous les trois mois, et de prendre de l'iodure.

Octobre 1898. — Mêmes signes objectifs.

17 juin 1899. — Les troubles oculaires n'ont pas varié. La marche n'est pas absolument régulière, mais cependant le malade marche mieux qu'il y a quelques mois.

10 novembre 1899. — La maladie n'a pas évolué. Mêmes signes objectifs.

13 mars 1900. — La contraction de la pupille, à droite, est

toujours normale. La pupille gauche se contracte presque aussi bien qu'à droite.

22 février 1901. — Mêmes signes.

Septembre 1902. — Le malade est atteint d'une fracture de la jambe gauche, occasionnée par une chute sur un parquet ciré. Cette douleur semble avoir augmenté, malgré le traitement.

Les pupilles se contractent à la lumière, le réflexe semble un peu paresseux à gauche.

Acuité visuelle normale.

Réflexes rotuliens forts.

Les jambes sont peut-être un peu plus fortes qu'au moment de la première visite, à la Pitié, en 1898.

Le malade n'a pas cessé son traitement par les frictions et l'iodure.

On lui a fait l'élongation de la moelle, à la Salpêtrière, mais sans aucun résultat.

Observation IV (ESPITALIER).

M. I..., 60 ans.

A 20 ans, écorchure sur le prépuce, traitée par les cautérisations locales. Dans les semaines qui suivent, soigné pour des plaques muqueuses dans la bouche. Érythème à l'anus.

Surmenage. Émotion de jeu. Pertes d'argent.

A 28 ans, apparition de douleurs vives dans les membres inférieurs, survenant par crises, d'une durée de quarante-huit heures environ. La douleur maxima est tantôt aux cuisses, tantôt aux jambes; très intense, elle arrache des cris au malade. Les crises se reproduisent à des intervalles, que le malade évalue à un mois. Jusqu'à ces dernières années, elles surviennent

assez régulièrement et restent localisées aux membres inférieurs. Le malade essaie successivement tous les traitements, sans résultat.

En 1895, le malade va à Contrexéville. Ce serait depuis cette époque, que les douleurs ont gagné le tronc. Il y a eu, de plus, de la céphalalgie frontale ; les douleurs vont en se rapprochant. Le malade éprouve des picotements dans les pieds ; il a la sensation de marcher sur du coton.

La vue est relativement bonne. Scintillements dans l'obscurité. Pas de douleurs vésicales, ni d'incontinence d'urine.

Il y a huit ans, rétention due à un rétrécissement diagnostiqué et traité par la dilatation.

Pas de pertes de matières fécales.

22 *septembre* 1900. — Depuis l'automne de 1898, le malade est soumis aux injections de calomel, par série de huit ; il a eu de plus, 28 frictions mercurielles et 8 piqûres d'huile biiodurée qui ont paru calmer les douleurs (?) En somme aucun résultat appréciable.

Depuis deux mois, élancements dans les jambes et dans les pieds ; douleurs continuelles qui rendent le sommeil impossible ; les douleurs existent dans les deux jambes ; douleurs en ceinture.

Aucun trouble vésical.

Crises gastriques.

Marche un peu difficilement, difficulté pour tourner.

Signe de Romberg.

Signe d'Argyll-Robertson.

Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

Observation V (ESPITALIER)

M. B..., âgé de 43 ans.

Syphilis à 19 ans. Fièvre intermittente au régiment. A soigné sa syphilis pendant trois mois : n'a jamais eu d'accidents après ces trois mois de traitement.

Le malade était chauffeur-mécanicien sur les bateaux, profession qui demande une certaine agilité ; il a continué ce métier jusqu'à l'année dernière. Il avait déjà eu, depuis longtemps, des douleurs fulgurantes dans les jambes qui revenaient par crises, tous les mois.

Vers la même époque, le malade a eu un mal perforant sous le gros orteil gauche, qui a guéri récemment. Il y a treize mois le malade s'est aperçu que ses jambes devenaient moins fortes, et surtout moins agiles, et presque insensibles. Un matin, il constate qu'il ne peut plus se tenir sur ses jambes, il garde le lit pendant trois mois, et peut de nouveau marcher, mais avec une canne. A cette époque, 8 mars 1899, il vient à la consultation.

On constate les phénomènes suivants : la marche est pénible, le malade talonne, il ne sent plus le sol. Les masses musculaires sont conservées et se contractent avec force.

Les membres supérieurs sont normaux.

Incoordination motrice très accentuée des membres inférieurs.

Douleurs fulgurantes.

Signe d'Argyll-Robertson.

Le malade voit moins bien du côté droit ; pas de dyschromatopsie.

Réflexes achilléens et rotuliens abolis.

Signe de Romberg.

Incontinence d'urine. Frigidité sexuelle.

Sens musculaire presque aboli.

Sensibilité des membres inférieurs diminuée au toucher, conservée à la douleur et à la chaleur.

Traitement. Injections de calomel.

Du 8 mars 1899 au 1^{er} avril 1901, le malade reçoit 39 injections, à partir du 20 novembre 1901, on fait des frictions ; stomatite à la quatrième.

Au début, les douleurs se sont un peu calmées ; puis le malade n'a constaté aucune amélioration ; aujourd'hui, juillet 1902, la marche est absolument impossible, le malade est obligé de garder le lit. L'incoordination est très nette aux membres supérieurs, elle n'existait pas au moment de l'entrée ; l'incontinence d'urine persiste ; les douleurs fulgurantes sont toujours intenses aux bras et aux jambes.

Quelque temps après son entrée à l'hôpital, le malade avait fait quelques frictions et pris de l'iode en petite quantité.

Observation VI (ESPITALIER)

M. P..., 46 ans, chancre à la verge à 21 ans ; s'est soigné en prenant du sirop de Salsepareille.

En 1895, violentes douleurs dans les jambes qui se dérobent sous lui. Ces troubles vont en s'accroissant. Le malade marche avec difficulté.

N'a jamais eu de diplopie.

Jusqu'au 20 juin 1900, il peut travailler et marcher avec une canne ; mais, à partir de cette époque, les troubles s'accroissent

très rapidement et vers le 20 juillet, il lui est impossible de marcher.

Incontinence d'urine.

Entre à la maison Dubois, où on lui donne de l'iodure.

Il entre dans le service le 22 janvier 1901. Ne peut pas se tenir sur ses jambes.

Douleurs fulgurantes.

Rien aux membres supérieurs, sauf un peu d'engourdissement dans les doigts.

A de temps en temps, des crises gastriques douloureuses, qui surviennent surtout le soir et durent toute la nuit.

Myosis. Signe d'Argyll-Robertson.

Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

Le malade soulève, avec beaucoup de peine ses jambes au-dessus du plan du lit, il lui est absolument impossible de se tenir debout. Perte de la notion de position des membres.

Incontinence d'urine.

Traitement. — Injections de calomel.

Jusqu'au mois de septembre 1902, le malade a reçu 35 injections; il ne s'est jamais aperçu d'une amélioration dans son état.

Depuis mars 1902, des douleurs ont apparu dans les bras, dont il se sert aussi plus difficilement, l'écriture est devenue très pénible.

Les douleurs des jambes sont toujours aussi intenses.

Les douleurs gastriques ont augmenté, elles surviennent presque tous les jours.

L'incontinence d'urine et l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs persistent.

Observation VII (ESPITALIER)

M. D..., 51 ans, 2 janvier 1901.

Incoordination motrice.

Impossibilité de marcher la nuit.

Signe de Romberg.

Diplopie.

Signe d'Argyll-Robertson.

Réflexes rotulien et achilléen abolis.

Traitement. — Injections de calomel.

Le 28 septembre 1901. — Le malade a eu 27 injections et aucune amélioration ne s'est manifestée.

Observation VIII (ESPITALIER)

M. J..., 32 ans. Syphilis en 1894, ne s'est jamais soigné.

En janvier 1900, il s'est aperçu qu'il avait les membres inférieurs engourdis ; cet engourdissement débuta par le petit orteil, et s'étendit peu à peu, à tout le membre inférieur. Le même phénomène se produisit dans les membres supérieurs, surtout dans le bras gauche. En même temps, apparut de la faiblesse dans les jambes, la marche devint pénible et plus difficile dans l'obscurité, le malade était obligé de s'arrêter toutes les dix minutes environ. Jamais de diplopie.

L'acuité visuelle n'a pas diminué de façon notable.

Un an après le début, a eu des tiraillements douloureux dans le bas-ventre.

Depuis dix-huit mois, il a dans les membres inférieurs, une sensation qu'il compare à celle que produirait une décharge

électrique, mais sans douleur; cette sensation est continue, elle augmente la nuit, s'exaspère et devient un peu douloureuse.

Quelque difficulté à uriner. Est obligé d'aller à la selle, dès qu'il en éprouve le besoin, il sent qu'il ne pourrait retenir ses matières.

Les pupilles se contractent faiblement à la lumière.

Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

Signe de Romberg, talonne légèrement en marchant, ne sent pas bien le sol. Il y a peu d'incoordination aux membres supérieurs, l'écriture est devenue moins facile.

Érections normales, mais éjaculations involontaires très douloureuses.

Le malade entre dans le service du Dr Robin, le 17 juillet 1900; il prend par jour 30 grammes de liqueur de Van Swieten, pendant quarante jours.

Puis pas de traitement pendant deux mois. Il prend de nouveau de la liqueur de Van Swieten 45 grammes par jour et 4 grammes d'iodure.

Cette médication ne produit aucun effet. Il reçoit alors 50 piqûres de benzoate de mercure.

Les tiraillements douloureux du ventre disparaissent, mais rien autre chose ne se modifie.

Le malade entre dans le service le 21 juillet 1902, on le soumet aux injections de calomel.

Le 25 septembre. — Le malade dit qu'il sent un peu mieux le sol sous ses pieds.

Observation IX (DREVON).

R..., 50 ans. Syphilis à 38 ans, soignée pendant trois années consécutives. Il souffre depuis dix ans, de douleurs fulgurantes

aux membres supérieurs et inférieurs, pour lesquelles, le malade a été soigné à Lamalou, il y a trois ans. Depuis cette cure, la maladie a évolué rapidement; les douleurs se sont aggravées, et des troubles sphinctériens vésico-rectaux se sont déclarés. La marche est devenue progressivement difficile.

Actuellement, démarche tabétique. Signe de Romberg. Les réflexes rotuliens et olécraniens sont abolis.

Pas de signe d'Argyll.

Le malade reçoit cinq injections de calomel.

Après ce traitement, il écrit que non seulement il ne ressent pas d'amélioration, mais que son état s'est aggravé.

Il ne se représente pas à l'examen.

Observation X (DREVON).

B..., avocat, 30 ans, chancre syphilitique à 20 ans. S'est aperçu depuis deux ans, que la démarche devenait hésitante; a vu se déclarer en même temps, quelques troubles vésico-rectaux.

Il a eu de rares douleurs fulgurantes.

L'examen somatique révèle :

Des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie disséminées au membre inférieur.

Sur le thorax, une bande d'hyperesthésie en ceinture.

Démarche tabétique caractéristique.

Incoordination très prononcée.

Tous les réflexes des membres inférieurs et supérieurs sont abolis.

Depuis quelque temps, surtout après une saison à Lamalou, les troubles sphinctériens et l'incoordination ont fait des progrès considérables.

On essaie quatre injections de calomel, à raison d'une par semaine. Elles sont mal supportées et douloureuses. L'état général s'en ressent. Le malade quitte Saint-Étienne. Il se fait faire à sa résidence quelques injections, puis écrit que son état s'aggrave, qu'aucune amélioration ne se dessine, et qu'il renonce à poursuivre le traitement.

Les observations XI, XII, XIII, ont été recueillies dans le service de M. le professeur Mirallié, qui malgré une opinion différente, sur les résultats de la thérapeutique spécifique intensive et précoce, dans le tabes, a bien voulu nous permettre de les publier.

Observation XI (Inédite).

Communiquée par notre ami et confrère le Dr DENAIS.

Recueillie dans le service de M. le professeur MIRALLIÉ.

X..., 39 ans, manœuvre, syphilis en 1893. Entre à l'Hôtel-Dieu le 10 juin 1908.

Il y a deux mois, le malade est devenu tout à coup incapable de marcher. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Cependant, depuis longtemps, ce malade était soigné pour douleurs rhumatismales.

Dix piqûres de 2 centigrammes de biiodure sont faites, chaque mois. Aucune amélioration.

En mars 1909, entre à l'hospice général.

A ce moment, le malade est incapable de marcher et même de se tenir debout.

Démarche tabétique caractéristique.

Hypotonie musculaire considérable.

Réflexes rotuliens abolis.

Zones d'hypoesthésie, disséminées, sans ordre, par tout le corps.

Traitement par le biiodure et l'atoxyl. Chaque jour, et pendant dix jours consécutifs, le malade reçoit une piqûre de 10 centigrammes d'atoxyl et de 1 centigramme de biiodure. Repos de dix jours, et le traitement continue.

Aucune amélioration; la marche des symptômes s'accroît; le malade meurt subitement, le 15 mai 1909.

Observation XII (*Inédite*).

Communiquée par notre ami et confrère le Dr DENAIS.

Recueillie dans le service de M. le professeur MIRALLIÉ.

X..., 45 ans, forgeron.

Entré le 30 décembre 1908, à l'hospice général.

Nie la spécificité; a eu 4 enfants, dont trois sont mort-nés.

En juin 1907, douleurs fulgurantes dans le thorax; crises gastriques violentes; travaille néanmoins jusqu'en 1908. Depuis les premières atteintes du mal, notre malade suit un traitement anti-spécifique.

Février 1908. — Dix piqûres de biiodure de mercure.

Mars 1908. — Dix nouvelles piqûres sont faites. La première série semble l'avoir amélioré; la seconde ne lui fait rien.

En mai, malgré la difficulté à marcher, essaie de reprendre son travail, qui est interrompu par des douleurs terribles au niveau des mollets.

Septembre 1908. — Rentre à l'Hôtel-Dieu; la vue commence à baisser depuis le mois d'août.

Une première série de douze piqûres de biiodure, une seconde de quinze, ne donnent aucune amélioration. La vue baisse de plus en plus. Traitement par l'électricité. Piqûres aux tempes. Aucune amélioration.

Entrée à l'hospice général le 6 janvier 1909.

Douleurs aiguës dans les poignets.

Marche à peu près impossible, caractéristique de l'ataxie.

Signes de Romberg et d'Argyll.

Réflexes abolis.

Traitement par l'atoxyl et le biiodure.

Mort le 15 octobre 1909, d'infection causée par une vaste escarre sacrée.

Observation XIII (Inédite).

Communiquée par notre ami et confrère le Dr DENAIS.

Recueillie dans le service de M. le professeur MIRALLIÉ.

X..., 53 ans, expert-géomètre.

Syphilis à 33 ans. Début de l'affection il y a dix ans. Douleurs ostéocopes dans les membres inférieurs.

Août 1908. — Douleurs brusques dans l'œil droit.

Septembre 1908. — Impotence fonctionnelle des membres inférieurs, survenant en quinze jours.

Entré à l'Hôtel-Dieu, salle 8.

Piqûres de 2 centigrammes de biiodure, en série de 10. Aucune amélioration.

Entre à l'hospice général le 10 mai 1909.

Examen. — Motilité conservée aux membres inférieurs ; force musculaire intacte.

Démarche tabétique caractéristique.

Signe de Romberg.

Signe d'Argyll.

Réflexes rotulien et achilléen abolis.

Hypotonie musculaire marquée.

Troubles urinaires, consistant en phénomènes de pseudo-rétention.

Depuis le 15 mai, le malade reçoit chaque mois, une série de dix piqûres de 10 centigrammes d'atoxyl et de 1 centigramme de biiodure.

On ne constate actuellement aucune amélioration.

Observation XIV (Inédite). Dr H. MALHERBE.

*Syphilis. Ataxie locomotrice évoluant
malgré le traitement spécifique.*

M. K. V..., 25 ans, a eu la syphilis il y a trois ans. Après un chancre typique de la verge, il présente des plaques muqueuses, de la céphalée et de l'alopecie: puis tout paraît rentrer dans l'ordre. Le traitement suivi a été court; le malade, comme le fait se voit bien trop souvent, a absorbé surtout de l'iodure de potassium et fort peu de mercure.

Le 19 octobre 1899, il vient nous consulter parce qu'il souffre de la tête depuis six mois environ, qu'il a aussi des douleurs vagues dans les membres; mais surtout, depuis trois semaines, ce qui l'ennuie fort, des syphilides papuleuses discrètes, apparaissent, sur le dos des mains, et les avant-bras; des plaques muqueuses, sur les lèvres. Le traitement prescrit, est une pilule de sublimé à 1 centigramme, matin et soir; iodure de potassium 3 grammes par jour; sur les plaques des lèvres, attouchements légers au crayon de nitrate d'argent.

Le 22 novembre. — Nous revoyons ce malade; les accidents syphilitiques de la peau et des muqueuses sont guéris; les douleurs diffuses des membres persistent toujours. Nous conseillons de tenter un traitement antirhumatismal: bains de Barèges, salicylate de soude 4 à 6, grammes par jour, puis de reprendre ensuite le traitement spécifique.

Le 12 février 1900. — Notre client vient nous retrouver, sans avoir obtenu grands résultats pour ses douleurs. Elles se sont modifiées, elles paraissent plus localisées aux articulations coude, genoux, poignets et mains, intéressant la continuité des membres comme précédemment. La céphalée a notablement disparu. Nous tentons un traitement mercuriel plus actif et nous faisons faire des frictions à l'onguent mercuriel. En outre, comme les douleurs, sont vives le soir après la fatigue de la journée, nous faisons prendre 1 gramme de KBr, dans un peu de lait. Un mois plus tard, l'état de K. V... est le même, les douleurs des jointures sont violentes et en outre, on note des sensations de frissonnements, dans l'hypochondre droit et la région des lombes.

Malgré ces symptômes, un examen minutieux et détaillé ne permet pas de saisir le moindre indice, pouvant faire songer à un travail pathologique du côté de l'axe cérébro-spinal. On continue l'iodure à la dose de 4, 6, 8 grammes par jour, et l'on fait des piqûres. Tous les deux jours, on fait une piqûre de 1 centigramme de sublimé. On fait sans interruption 18 à 20 piqûres.

Le 9 juin. — Tout en faisant continuer l'iodure, on donne au malade de l'extrait de valériane et de l'alcoolature de racines d'aconit. Au bout de quinze jours, il paraît y avoir un léger soulagement. A ce moment, le malade fait de la neurasthénie aiguë et

tombe dans un état d'anéantissement physique et moral inquiétant. Des pilules de strychnine, des douches chaudes, la cessation de tout travail, une distraction intense et variée, finissent par tirer le malade de ce lamentable état.

Le 6 novembre. — Le malade est mieux; son état moral est bon et ses douleurs semblent s'atténuer. Nous prescrivons une nouvelle cure mercurielle, par les pilules de sublimé, à 1 centigramme. En même temps, à cette date, le malade nous signale sur la peau quelques syphilides sèches.

En janvier 1901. — Cinquième année de la maladie, le malade est en bonne santé. Les téguments sont nets, et les douleurs ont complètement disparu. Il prend à ce moment de l'Élixir de Deret. Ce mieux ne devait pas persister longtemps. Le 16 mars, nous retrouvons notre pauvre malade, en proie à toutes les douleurs et en pleine neurasthénie. On reprend le traitement spécifique et l'on essaie l'aconitine et les lotions chaudes, puis on fait alterner les pilules de sublimé, avec les préparations de glycéro-phosphate de chaux. Au 11 juin, il y a enfin un mieux sensible dans l'état de M. K... On ne relève aucun accident spécifique et les douleurs ont complètement cessé. Il prend alors l'Élixir de Deret, et continue l'aconitine, en diminuant la dose.

Vers la fin de l'année, le malade, malgré nos conseils, contracte mariage. Nous le perdons de vue, ensuite jusqu'au 4 août de l'année suivante. Il part alors, occuper une position nouvelle dans une ville du centre. Malgré un violent surmenage d'affaires qu'il vient de subir, il paraît bien. Nous l'engageons fortement à se ménager et à ne pas abandonner le traitement.

Quelques mois après, cet homme nous écrit, qu'à la suite d'un nouveau surmenage, il vient d'être pris d'accidents graves du côté du système nerveux : insensibilité de la peau, engour-

dissement des doigts, toucher défectueux, démarche vacillante, impossibilité de se tenir debout, les pieds joints, douleurs violentes qui le traversent comme un éclair. Il n'y avait pas de doute à conserver, le malade commençait un tabes. Nous lui recommandons à nouveau de tenter un traitement antisypilitique énergique: iodure de potassium à doses progressives jusqu'à 10 grammes par jour; puis piqûres de sublimé à 2 centigr. 1/2, une tous les cinq jours. Malgré ce traitement intensif conduit et prolongé jusqu'aux limites de la tolérance, on a pu suivre les progrès de la triste maladie chez M. K..., qui finit par succomber au bout de 2 ans 1/2.

Dans les observations de tabes que nous venons de citer, tous les malades ont été soumis au mercure; trois (obs. XI, XII, XIII) ont en même temps reçu des injections d'atoxyl. Le mercure a été employé sous les formes les plus diverses: calomel en injections profondes, sublimé en pilules ou en injections, liqueur de Van Swieten, biiodure, benzoate en injections intra-musculaires, onguent napolitain en frictions.

La cure fut aussi intensive que le permettait l'état des malades. Le mercure généralement bien supporté, a néanmoins provoqué quelques accidents (obs. III, V, X). Le traitement fut institué aussitôt le diagnostic établi. Dans un cas (obs. XIV), il était commencé avant qu'aucun symptôme, n'ait pu déceler un travail pathologique du côté du système nerveux. Le traitement, en pareille circonstance, semble donc avoir été impuissant à prévenir l'éclosion du tabes.

Sous l'influence du traitement spécifique, les accidents

syphilitiques proprement dits ont disparu (obs. du Dr H. Malherbe, chapitre I, obs. XIV); le tabes lui-même n'a jamais subi de modifications dans son évolution. C'est ainsi que M. Alquier a suivi un malade, depuis le chancre contracté à 24 ans, jusqu'à l'âge actuel (45 ans). Les premières douleurs lancinantes ont débuté à 27 ans; à 38, le malade était un tabétique typique. Depuis l'âge de 37 ans jusqu'à celui de 43 ans, l'auteur eut à combattre six fois, des troubles oculaires à marche rapide : vue trouble, ptose, paralysie du moteur oculaire externe, puis nystagmus. Chaque fois, le traitement mercuriel eut rapidement raison de ces symptômes, tandis qu'il restait sans effet, sur les signes du tabes, qui au contraire, se sont plusieurs fois développés, pendant ou après une période de traitement mercuriel.

De même, nous n'avons remarqué aucune amélioration dans les symptômes caractéristiques de cette affection, aucune régression de la maladie. Traité ou non, le tabes continue à évoluer d'une façon lente, quelquefois intermittente, mais sûrement progressive, vers l'issue fatale.

Des trois malades qui ont été soumis simultanément au mercure et à l'atoxyl, l'un actuellement en traitement, n'a pas éprouvé le moindre soulagement; les deux autres (obs. XI et XII), semblent avoir éprouvé une réelle aggravation dans leur état, à moins que l'affection n'ait pris chez ces deux malades une allure suraiguë. Sans vouloir juger ici la valeur thérapeutique de l'atoxyl, nous nous rangerons à l'avis de M. Marie, de Villejuif, qui a toujours vu « le tabes évoluer chez

les malades ainsi traités, sans paraître influencé dans son évolution fatale ».

Il faut donc en rabattre aujourd'hui de ce fameux enthousiasme qui faisait dire en 1903, au D^r Leredde, dans son mémoire sur le tabes et la paralysie générale :
« Ces affections guérissent, si on les soigne par un traitement intensif. »

En résumé, des observations précitées (tabétiques ou paralytiques généraux), il ressort nettement, que le traitement mercuriel, n'a eu aucune prise, sur les symptômes, les accidents du tabes et de la paralysie générale. Nous n'avons pas observé de guérison, et la marche progressive de ces affections, n'a jamais pu être enrayée malgré un traitement précoce et suffisant; nous avons quelquefois, sous son influence, observé des aggravations.

CHAPITRE IV

Appréciations sur se traitement

Si d'une façon générale, les malades supportent assez bien le traitement, un certain nombre d'entre eux ont présenté des troubles d'hydrargyrisme subaigu : diarrhée, érythrodermie, stomatite, fétidité de l'haleine ; d'autres, ont vu nettement leur état s'aggraver sous l'influence du traitement spécifique. Le traitement mercuriel serait-il nuisible ? Peut-on sans préjudice pour le malade, donner du mercure au paralytique général ou au tabétique ? Insinuée par le D^r Raymond, à la tribune de l'Académie de Médecine, dans la séance du 21 février 1909, cette opinion nous semble mériter plus d'attention. Nous ne pouvons pas trancher la question, en nous basant sur les observations que nous avons publiées, mais puisque pareille idée tend à s'insinuer dans l'esprit des observateurs, il est bon d'examiner à ce sujet, l'opinion des auteurs, qui par leurs travaux, ont acquis dans cette matière une autorité indiscutée.

En 1902, dans la discussion qui suivit la communication faite par M. Brissaud sur « les variations de gravité du tabes », les neurologistes les plus distingués

furent appelés à donner leur avis, concernant l'action du mercure sur l'évolution du tabes, et accessoirement sur la curabilité de la paralysie générale.

Voici comment M. Brissaud exposait la question : « J'ai remarqué les deux particularités que voici : 1° la plus grande lenteur de l'évolution du tabes, quelle qu'en soit la forme, c'est-à-dire qu'il s'agisse du tabes fruste ou du tabes complet et classique ; 2° la plus grande fréquence des tabes dont l'évolution s'arrête et qui se fixent, en quelque sorte, comme une infirmité plus ou moins grave ou plus ou moins légère. En somme, la maladie me paraît présenter un caractère beaucoup moins progressif, que ne le comportait le mot « progressif » dans la pensée de Duchenne et de Trousseau. J'ai même constaté, nombre de fois, une régression dans la totalité du syndrome ; je dis régression et non rémission. »

En matière de conclusion, M. Brissaud se demande, dans quelle mesure, le traitement spécifique doit être considéré comme responsable, de la bénignité relative de ces tabes. Ne faudrait-il pas, plutôt, mettre en cause une modification heureuse de la maladie ou du terrain sur lequel, elle se développe ?

Les réponses varièrent : cependant, d'une façon générale, elles furent défavorables au traitement hydrargyrique.

M. Raymond, qui soumet tous les tabétiques au traitement mercuriel, « doit à la vérité de dire, qu'il a rarement vu une amélioration survenir. »

M. Joffroy, après avoir émis des doutes sur l'efficacité

du traitement antisypilitique, est porté à croire, qu'un traitement trop intensif peut aggraver l'état du malade. Le même auteur cite plusieurs observations, dans lesquelles, une amélioration considérable se produisit, sans aucun traitement mercuriel, expliquant ainsi l'illusion où sont tombés les thérapeutes, trop confiants dans leur méthode.

M. Gilbert Ballet, croit pouvoir dire que les malades non traités, ont souvent présenté, à l'égal des autres, une régression des symptômes.

Pierre Marie croit à l'efficacité du traitement spécifique, et lui attribue l'atténuation de la gravité du tabes.

M. Babinski, pense que le traitement mercuriel a réellement diminué le nombre des cas graves ; cependant, il admet des restrictions. car il est difficile d'apprécier dans chaque cas particulier, la valeur du traitement mis en œuvre. En effet, le tabes peut rester indéfiniment bénin en l'absence de tout traitement, « comme aussi devenir des plus graves, malgré la médication antisypilitique la plus active, si bien qu'en choisissant les cas, on pourrait soutenir, comme on l'a fait du reste, que la cure mercurielle, loin d'atténuer le mal, l'aggrave ».

Nous citerons à ce sujet, l'opinion de MM. A. Belugou et M. Faure, de Lamalou. Ces auteurs ont observé 4.000 tabétiques, 1.960 ont été suivis et possèdent des dossiers assez complets, pour qu'on puisse tirer de leur histoire et de l'évolution de leur maladie, divers renseignements.

C'est ainsi qu'on retrouve l'influence étiologique con-

sidérable de la syphilis, qui fut, tantôt bénigne, tantôt grave, qui fut tantôt scrupuleusement soignée et tantôt point du tout. A côté de ce grand facteur étiologique, on trouve le rhumatisme, la grippe, le paludisme, la typhoïde, en un mot, toutes les infections.

La thérapeutique antisyphilitique a été rencontrée bien appliquée chez 1.710 malades.

« 332 de nos malades ont été soumis par quelques-uns de nos confrères ou par nous, au traitement méthodique et intensif, tel qu'on le comprend de nos jours ; injections de sels solubles ou insolubles, à doses élevées : 5 centigrammes de sublimé par jour, 6 centigrammes de benzoate ou de biiodure, 10 centigrammes de calomel, une et deux fois par semaine, etc. 260 de nos malades n'ont jamais suivi de traitement antisyphilitique, ou n'ont jamais fait que des essais insignifiants. »

« Nous pouvons donc établir une comparaison instructive, entre les résultats fournis par ces deux groupes, car les malades de l'un et de l'autre, se sont trouvés par ailleurs, dans des conditions absolument identiques (hygiène, vie sociale, thérapeutique générale). »

« 1° Le traitement antisyphilitique a coïncidé avec des améliorations nettes, chez 58 malades, soit 20 %. Mais parmi les 260 malades qui n'ont pas subi de cures antisyphilitiques, 23 % ont eu des améliorations non moins nettes, coïncidant avec l'ingestion ou l'injection d'aucun médicament. »

« 2° Parmi les 260 malades qui n'ont point subi de traitements antisyphilitiques, 63 ont éprouvé une aggravation exceptionnelle dans l'évolution de leur tabes,

soit 24 %/. Mais parmi les 332 qui suivirent le traitement hydrargyrique intensif, 128, c'est-à-dire 44 %/, s'aggravèrent avec rapidité. »

« Il n'est pas contestable, qu'on observe plus d'aggravations et moins d'améliorations, chez les malades qui subissent le traitement mercuriel intensif, que chez ceux qui n'y sont pas soumis, et cela, sans que rien dans l'histoire de ces malades, permette de considérer par ailleurs, les premiers comme atteints d'une forme de tabes, en elle-même plus grave que les seconds. »

Les observations qui précèdent ne permettent pas de croire que l'amélioration recherchée dans le tabes, par le traitement mercuriel, est fonction de la dose c'est-à-dire, comme le veut Leredde, que les cas de tabes non améliorés par le mercure, sont ceux où on n'en a pas donné assez. Les faits enseignent le contraire ; les doses massives de mercure ne donnent pas plus d'améliorations que les doses modérées, et donnent plus d'aggravations.

Dupré, dans le *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet, n'a jamais vu le bénéfice du traitement mercuriel de la paralysie générale.

« J'ai encore, dit-il, en observation, une paralytique générale, qui a subi 24 injections hebdomadaires de calomel, dans les fesses, d'ailleurs pratiquées dans les meilleures conditions ; et qui à la suite de ce traitement, a présenté un syndrome d'hydrargyrisme subaigu (stomatite, embarras gastrique, colite dysentérique, tremblement inégal, intense des extrémités et de la langue, dysarthrie trémulente énorme, amnésie profonde, con-

fusion mentale, anxiété, hallucinations), qui a, à peu près cédé à la diète mercurielle, au régime lacté, aux bains, etc. Au bout de deux mois, l'état de la malade très amélioré, se dégageait de ces troubles toxiques surajoutés, et offrait le tableau clinique simple d'une paralysie générale à forme démente. »

Rodolpho Stanziale rapporte une statistique portant sur 100 cas de paralysie générale progressive ; on retrouva 87 fois la syphilis dans les anamnestiques ; dans 70 cas, la syphilis était manifeste, dans les 17 autres, il n'y avait que des signes douteux. Sur les 70 cas, où la syphilis était évidente, elle était 37 fois l'unique facteur étiologique, et 38 fois associée à d'autres causes. notamment l'hérédité névropathique et l'alcoolisme.

Le traitement mercuriel intensif fut institué dans huit cas, où la syphilis était manifeste, et la paralysie générale peu avancée, mais il ne s'ensuivit aucune modification dans le cours de la maladie.

Dans sa thèse, parue en 1905, Verdeaux publie 12 observations de paralytiques généraux, qui ont suivi un traitement mercuriel intensif, prolongé, avec des injections d'huile grise. Aucun des malades n'a été amélioré. Voici, d'ailleurs, quelles sont les appréciations de cet auteur sur le traitement mercuriel de la paralysie générale :

Chez ses malades, il a constaté peu d'intolérance ; cependant, deux malades ont vu leur état s'aggraver, par suite d'hydrargyrisme subaigu. Il n'a jamais obtenu de « résultats encourageants » et n'a jamais constaté « la moindre amélioration ». On est donc obligé de recon-

naître l'impuissance du traitement spécifique à modifier la maladie. Les aggravations même, sont plus nombreuses chez les paralytiques généraux qui subissent un traitement, que parmi ceux qui n'en subissent aucun.

Dans une communication, faite au XV^e Congrès international de médecine, à Lisbonne, en 1906, le Dr Aarão Ferreira de Lacerda donne son opinion sur le traitement mercuriel intensif de la paralysie générale. 15 malades furent traités et suivis. Cependant, quelques-uns des malades reçurent seulement deux ou trois, ou même un seul des traitements appliqués.

Ces traitements furent au nombre de 5, les deux premiers et le dernier au mercure ; le troisième et le quatrième au moyen de l'iodure de potassium. L'iodure de potassium fut donné, parce que divers psychiatres l'ont conseillé. Lemoine, Cassaët et Aubert, que Leredde cite à l'appui de la doctrine, l'ont employé.

Les résultats furent négatifs. Voici quelques observations faites par l'auteur, sur le traitement mercuriel intensif.

« Dans la troisième période de la démence paralytique, le traitement mercuriel est préjudiciable au malade.

« Dans la période dénommée « période d'état » de la démence paralytique, le traitement mercuriel selon les règles indiquées, est inoffensif. Dans la plupart des cas, la maladie suit sa marche progressive, indépendamment, de la thérapeutique spécifique. »

« Il est certain, qu'après le troisième traitement, la nutrition augmenta durant quelques mois, mais à cette augmentation de nutrition, ne correspondit aucune

amélioration dans les autres caractères somatiques, ni respectivement dans l'état mental. »

« Nous avons observé que l'iodure de potassium, dans les doses graduelles que nous administrions, produisait, chez tous les malades sans exception, tachychardie, débilité du pouls, ce qui nous obligea à suspendre le traitement. »

En 1907, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, la question du traitement mercuriel de la paralysie générale et du tabes, est de nouveau soulevée. M. Crocq, après avoir énuméré les opinions émises, conclut que le traitement spécifique, fait d'une manière générale, plus de mal que de bien aux tabétiques. Sauf, dans certains cas spéciaux, ce traitement aggrave l'état des malades. Il suffit alors de supprimer le traitement, pour améliorer leur situation. Le tabes étant, comme la paralysie générale, une affection parasymphilitique, on comprend qu'une médication débilitante fasse plus de tort que de bien.

M. Albert Charpentier n'est pas du même avis. Il croit à l'efficacité du traitement mercuriel dans le tabes, pris au début. C'est grâce à ce traitement, qu'on voit moins de tabétiques incoordonnés, de ces grands malades, incapables de rester même assis ; et, au contraire, davantage de cas de tabes frustes, mais il s'empresse d'ajouter : « Il n'en va malheureusement pas de même pour la paralysie générale, où le traitement mercuriel est, en effet, inefficace. »

M. Déjerine, ne croit pas pour sa part, à l'action du

traitement mercuriel dans le tabes. Il pense, de plus, qu'il y a tout autant d'ataxiques incoordonnés qu'autrefois, mais que l'on diagnostique, aujourd'hui le tabes plus tôt, et c'est pourquoi, il y a plus de tabes frustes. Il donne cependant du mercure à ses tabétiques, plutôt par acquit de conscience, que par conviction. Il pense même, comme M. Crocq, que le mercure joignant une intoxication à la maladie, peut être quelquefois nuisible.

Pour M. Anglade, de Bordeaux, il est très vrai qu'il y a un grand nombre d'états tabétiques frustes et demeurés tels, sans que le traitement antisiphilitique les ait influencés. Si bien que dans son service, il a accidentellement retrouvé un certain nombre de ces états immobilisés, méconnus et jamais traités. Qu'on recherche attentivement dans les grands services d'aliénés, et on y retrouvera sans doute de ces tabes frustes, représentés non seulement par des symptômes tels que, Westphal, Romberg, Argyll-Robertson, mais encore, à l'autopsie, par des lésions anatomiques bien dessinées.

E. Dupré, de Paris, considère à son tour le traitement mercuriel de la paralysie générale, comme inutile d'abord, comme nuisible ensuite, dans la majorité des cas. Il n'a jamais vu le bénéfice de ce traitement, il en a quelquefois constaté l'innocuité, il en a souvent observé les inconvénients.

Dans son *Précis de Psychiâtrie* Régis écrit, sur le traitement antisiphilitique de la paralysie générale : « Personnellement, nous n'avons jamais obtenu que des rémissions plus ou moins durables et toujours in-

complètes, et chez certains de nos malades, le traitement, sans produire d'accidents graves, a été suivi de fatigue manifeste. »

Les mêmes remarques générales peuvent s'appliquer au traitement mercuriel du tabes, en dehors des cas, où le diagnostic est hésitant, entre la syphilis médullaire et le véritable tabes. Il est d'ailleurs établi que les tabétiques supportent le mercure, beaucoup mieux que les paralytiques généraux.

En résumé, une fois confirmé le diagnostic certain du tabes ou de la paralysie générale, le mercure est contre-indiqué dans le traitement de ces maladies.

Nous voici donc loin de l'opinion de Leredde et des résultats encourageants qu'il a publiés. Lui-même d'ailleurs semble revenu de ses idées premières. Dans un article sur le traitement mercuriel intensif (*Poitou médical*, mars 1909) il parle des syphilis atypiques du système nerveux, tabes et paralysie générale. Son assurance semble avoir fait place au doute : « Lorsqu'on voit un tabétique en évolution, qui présente des symptômes nouveaux, ces symptômes fréquemment, je ne dis pas toujours, se modifient sous l'influence du traitement mercuriel... Il est bien entendu qu'il n'a pas d'action sur les phénomènes anciens, qui sont incurables, mais pour l'action curative il faut parler des accidents nouveaux et non des anciens... La question de la paralysie générale est beaucoup plus difficile : il est un fait hors de contestation, c'est que le traitement n'agit pas ou agit peu... j'ai vu des malades qui avaient perdu la mémoire, dont les symptômes avaient débuté d'une

manière rapide, qui étaient incapables d'écrire des lettres et qui s'amélioraient pendant des mois sous l'influence du traitement, puis la maladie continuait à évoluer. »

Dans des affections de marche si variée, pouvant être interrompues par de longues rémissions, qui sont si fréquemment d'origine syphilitique, mais dont la pathogénie est pleine d'incertitudes, il est certain qu'on ne peut prévoir quel sera le résultat d'un traitement plus intensif que les antérieurs. Étant donné les résistances que ces affections offrent à la thérapeutique spécifique, seule une minutieuse expérience, prolongée pendant longtemps, nous permettra d'avoir une opinion définitive, concernant les avantages ou les inconvénients de la thérapeutique nouvelle.

Nous nous sommes efforcé, dans ce travail, d'apporter quelques faits nouveaux, sur cette question si troublante de l'influence du traitement mercuriel dans la paralysie générale et le tabes. De notre étude, il ressort que le traitement mercuriel intensif doit être appliqué seulement aux cas, où certains arguments étiologiques (syphilis récente), ou cliniques (symptômes révélateurs de lésions en foyer), autorisent à soupçonner la nature syphilitique, de tout ou partie du syndrome observé. La moindre hésitation diagnostique impose le traitement d'épreuve. Si la méthode des injections donne de brillants résultats, quand il s'agit de lésions histologiquement modifiables et accessibles au mercure, elle reste sans effet, sur les dégénérescences souvent initiales ou très précoces, ainsi que sur les lésions scléreuses consécutives.

En face d'un tabes, d'une paralysie générale confirmés, le mercure comme tous les médicaments employés jusqu'à ce jour, n'a jamais exercé d'effet curatif. Nous ne devons donc point poursuivre par la mercurialisation intensive, le processus de la paralysie générale et du tabes. « Notre rôle se bornera comme par le passé, à provoquer les rémissions, en cherchant à retarder le cours de la maladie, par une bonne hygiène physique et morale; à éviter les complications, en les prévenant, et en les traitant si elles surviennent. Ces moyens hygiéniques et diététiques, dans le traitement du tabes et de la paralysie générale, pourront seuls en prolonger la durée. »

CONCLUSIONS

I. — Le tabes et la paralysie générale procèdent très vraisemblablement de la syphilis.

II. — Mais elles sont les manifestations d'une syphilis spéciale, une syphilis qui ne guérit pas, comme dit le professeur Fournier, la para-syphilis autrement dit. Cette opinion paraît légitime jusqu'à preuve du contraire, et jusqu'à ce qu'on ait démontré, d'une façon péremptoire, que les relations que l'on veut établir entre ce groupe des affections parasyphilitiques et la syphilis, sont vaines.

III. — Un fait demeure évident: c'est l'impuissance absolue du traitement spécifique pour enrayer, modifier ou arrêter l'évolution de ces tristes maladies. On ne peut être taxé d'exagération en disant ici: c'est la faillite complète, totale, quelle que soit la persévérance que l'on y mette, et l'intensité du traitement employé.

IV. — Enfin pour impuissant qu'il est, ce traitement peut-il sans danger s'appliquer à tous les tabétiques et

à tous les paralytiques généraux ? Est-ce la planche de salut qu'il faut toujours et quand même essayer ? Non, répondons-nous. Si beaucoup de malades peuvent supporter l'épreuve impunément, pour d'autres elle est nuisible, gravement nuisible ; et la question ne paraît pas encore jugée suffisamment. Pour nous, cette question vient de s'ouvrir seulement, et il faut attirer sur elle l'attention des observateurs compétents, pour qu'ils nous renseignent à ce sujet : peut-on sans danger, traiter par le mercure et l'iode, un tabétique et un paralytique général ? Ce point était le but principal de notre travail.

Vu : le Président de la thèse
DEBOVE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AARAO FERREIRA DE LACERDA. — Quelques observations sur le traitement mercuriel intensif de la paralysie générale. XV^e Congrès international de médecine, Lisbonne, 1906.
- ALQUIER. — Tabes avec troubles oculaires améliorés par le traitement mercuriel, *Société de médecine de Paris*, 12 novembre 1909.
- BAYLE. — *Thèse de Paris*, 1822.
- BALLET. — Traité de pathologie mentale. Article : *Paralysie générale*, 1903.
- BALLET ET ROGUES DE FÜRSAC. — Traité de médecine de Bouchard et Brissaud, 1905.
- BEAU. — *Archives de médecine*, 1852.
- BELUGOU (A.). — Les traitements utiles du tabes. *Arch. génér. de médecine*, 1906.
- BENEDIKT. — *Société médicale*, Vienne, 6 avril 1900.
- BERNHEIM. — Conception du tabes. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, et des pays de langue française. Genève et Lausanne, août 1907.
- BRISSAUD, MARIE, RAYMOND, JOFFROY, BABINSKI, BALLET. — *Société de neurologie*, 9 janvier 1902.
- DINKLER. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1893.
- DREVON. — Contribution à l'étude du traitement du tabes par les injections de calomel. *Thèse de Lyon*, 1905-1906.

- ESPITALIER. — Contribution à l'étude du traitement du tabes dorsal. *Thèse de Paris*, 1903.
- ESSMARCH UND JESSEN. — *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1857.
- FALRET. — Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales. *Thèse de Paris*, 1853.
- FAURE (Maurice, de Lamalou). — Résultats du traitement hydragyrique chez les tabétiques. XIII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, août 1903.
- Sur le traitement du tabes. Congrès international de médecine. Lisbonne, 1906.
- FAURE ET BELUGOU. — Pathogénie, pronostic et thérapeutique du tabes d'après 1.960 observations. *Revue de médecine*, 1903.
- FOURNIER. — Ataxie locomotrice d'origine syphilitique, 1882.
- Les affections parasyphilitiques, 1894.
- *Gaz. des Hôpitaux*, 6 nov. 1894.
- Traitement de la syphilis, 1902.
- *Gaz. des Hôpitaux*, 22 février 1905.
- GOLDFLAM. — *Deutsche zeitschrift f. Nervenheilk*, 1892, p. 250.
- GÜBLER. — *Archives de médecine*, 1860.
- KRAFT EBING. — Étiologie der Progressiven Paralyse. Congrès de Moscou, 1897.
- LASÈGUE. — De la paralysie générale progressive, *Thèse d'agrégation*, 1853.
- LEJEUNE. — Du traitement de la paralysie générale et du tabes par les injections de benzoate de mercure. *Thèse de Lille*, 1901-1902.
- LEREDDE. — La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale, 1903.
- *Poitou médical*, mars 1909.
- MALHERBE H. ET L. ET G. FORTINEAU. — Traitement spécifique et paralysie générale. Faut-il traiter les malades? *Gaz. médicale de Nantes*, mai 1909.
- MARIE A. ET VIOLLET. — Un argument en faveur de l'origine syphilitique de la paralysie générale. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des

pays de langue française. Genève et Lausanne, août 1907.

MARIE P. — Traité de médecine de Bouchard et Brissaud, 1904.

MASSARY (E. DE). — La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale. *Archives générales de médecine*, 1903.

MIGNOT ET BOUCHAUD. — Communication au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Genève et Lausanne, août 1907.

NAGEOTTE. — Tabes et paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1893

PARCHAPPE. — Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies, 1834-1838.

RÆCKE. — *Monatschrift f. Psych. und. Neurol.*, 1899.

RÉGIS. — Précis de psychiâtrie, 1909.

RIST. — Sur la toxicité des corps de bacilles diphtériques. *Soc. de Biologie*, 1903.

STANZIALE. — Contribution à l'étude des rapports entre la paralysie générale et la syphilis. *Gazette des Hôpitaux*, 21 janvier 1903.

VALLON ET WAHLE. — *France médicale*, juillet 1898.

VERDEAUX. — Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans la paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1905.

